Zur Psychiatrie der zweiten Lebenshälfte: Alterspsychosen und endogene Psychosen im Alter

INAUGURALDISSERTATION

zur Erlangung der Doktorwürde der

HOHEN MEDIZINISCHEN FAKULTÄT
DER UNIVERSITÄT DES SAARLANDES

vorgelegt von

Heinrich-Josef Riotte

Saarbrücken
1973

AUS DER UNIVERSITÄTS-NERVENKLINIK HOMBURG/SAAR

Direktor: Professor Dr.med. H.-H. MEYER

ZUR PSYCHIATRIE DER ZWEITEN LEBENSHÄLFTE:

Alterspsychosen und endogene Psychosen im Alter.

INAUGURALDISSERTATION

zur Erlangung der Doktorwürde der

HOHEN MEDIZINISCHEN FAKULTÄT

DER UNIVERSITÄT DES SAARLANDES

vorgelegt von

Heinrich - Josef RIOTTE

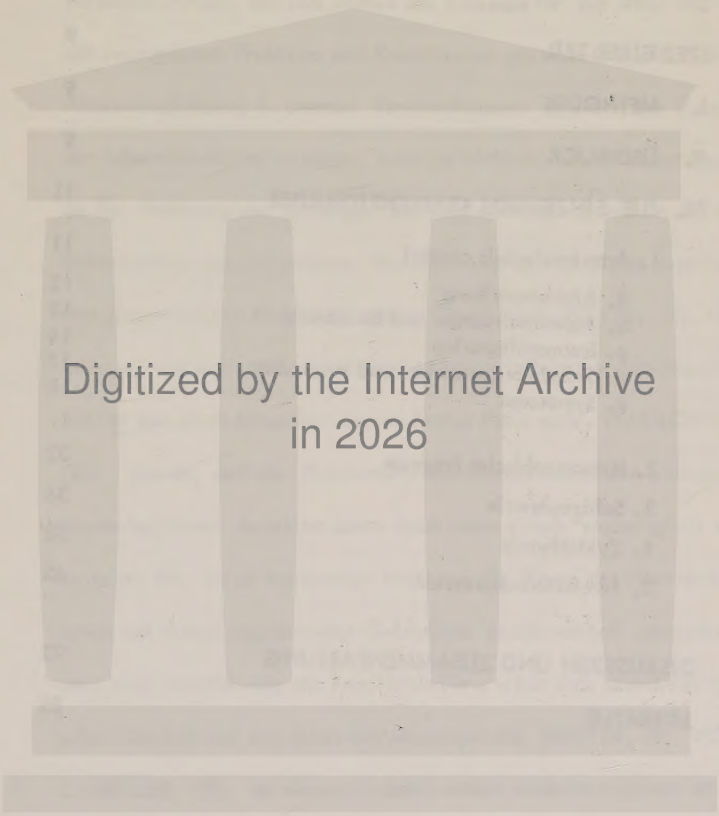
geb. am 31.7.1945 in Friedrichsthal/Saar

1972

Dekan: Professor Dr.med. H.KULENKAMPFF
Referent: Professor Dr.med. H.-H. MEYER

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Die mündliche Promotionsprüfung wurde
am 4. 6. 1973 abgelegt.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41542725_0033

INHALT

	Seite
A. EINLEITUNG	3
Zur Fragestellung	8
B. SPEZIELLER TEIL	9
I. METHODIK	9
II. ÜBERBLICK	9
III. DIE EINZELNEN KRANKHEITSBILDER	11
1. Arteriosklerosis cerebri	11
a. Altersverteilung	12
b. Aufenthaltsdauer und Entlassung	13
c. Erstmanifestation	14
d. Selbstmordgedanken und -versuche	17
e. Symptome	18
2. Hirnatrophische Prozesse	32
3. Schizophrenie	36
4. Zyklothymie	52
5. Involutionsdepression	65
C. DISKUSSION UND ZUSAMMENFASSUNG	73
D. LITERATUR	85

A. EINLEITUNG

Die Tatsache, daß in den Kliniken ein ständiger Zuwachs an älteren Patienten erfolgt, hat seit Jahren das Interesse für das Alter und die damit verbundenen Probleme und Krankheiten gefördert. Die Ursache dieser Altersverschiebung in unseren Krankenhäusern allein in der Zunahme der Lebenserwartung zu sehen, wäre zu einfach. Ebenso ausschlaggebend ist die Änderung der bisherigen Stellung der Alten durch die mit der Industrialisierung verbundene Verstädterung und durch die gesellschaftliche und geographische Mobilität unserer Gesellschaft (SCHÄR, 22). Die heutige, nur noch anderthalb Generationen umfassende Kleinfamilie hat für den alten Menschen keinen festen Platz mehr. PETRILOWITSCH (2o) glaubt, daß die Problematik des Alterns neben den biologisch - psychologischen Aspekten daher noch unter einem "soziologisch - epochalen" zu sehen ist. So ist heutzutage nicht nur die Pflege des alternden Menschen mit seinen beginnenden Gebrechen problematisch geworden, sondern eine Veränderung der Familienstruktur wirkt sich obendrein in psychischer Hinsicht auf den alternden Menschen aus (RUFFIN, 21; WEISE u. J. MÜLLER, 29). Ist einerseits durch unsere moderne Hygiene und medizinische Versorgung die Lebenserwartung enorm gestiegen und hat somit zu einem Zunehmen der älteren Volksschichten geführt, so ist die besonders auffällige Zunahme älterer Patienten in den psychiatrischen

Kliniken auch auf den Wandel unserer sozialen und wirtschaftlichen Lebensbedingungen zurückzuführen (HAASE, 9). Hingegen sieht MAYER - GROSS (12) in der modernen Hygiene und in dem medizinischen Fortschritt allein die Ursachen für die Zunahme der Geisteskrankheiten und Überfüllung der Anstalten. Gegen die Annahme, daß die Zunahme geronto - psychischer Störungen auf die heutige Hygiene allein zurückzuführen ist, spricht, daß die Alterspsychosen nicht in gleichem Maße anstiegen wie sich der Altersaufbau der Bevölkerung zu Gunsten der älteren Jahrgänge verschob, sondern darüber hinaus (VIEFHUES, 28). So sind als Gerontologie und Geriatrie in zunehmendem Maße zu einem der bevorzugten Forschungsbereiche der modernen Medizin geworden (PETRILOWITSCH, 2o).

Die in Abb. 1 dargestellte Kurve - uns interessiert nur die zweite Lebenshälfte - zeigt deutlich den enormen Zuwachs der über 40-jährigen innerhalb einem halben Jahrhundert. 191o waren 32,4 % Deutsche älter als 4o Jahre, 51 Jahre später waren es 42,6 %. Dies ist eine Zunahme von rund 1o,3 % innerhalb von fünf Dezennien.

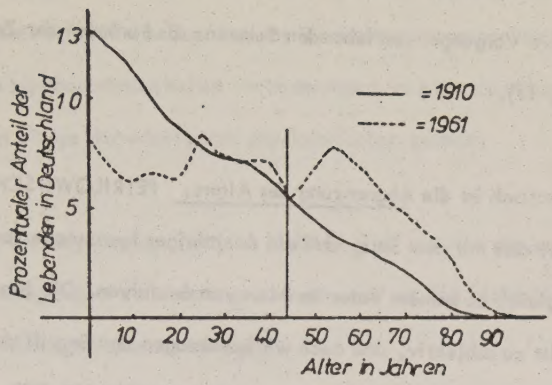


Abb. 1: Altersverteilung in Deutschland 1910 und 1961, variiert nach Unterlagen von FREUDENBERG (7).

Bei der Definition des Alters stößt man auf gewisse Schwierigkeiten. Die meisten Autoren definieren es mit seinem Gegenteil und stellen die Evolution, das Werden des Menschen, der Involution, seinem Vergehen, gegenüber. Bei genauer Betrachtung sind aber evolutive wie auch involutive Vorgänge auf kein bestimmtes Lebensalter beschränkt (RUFFIN, 21). So beginnt z.B. die biologische Rückbildung der Thymusdrüse oder der Linse schon in früher Kindheit (MÜLLER, 18). RUFFIN definiert daher das Alter als die Lebenszeit, während der involutive, irreversible Vorgänge gegenüber

evolutiven überwiegen. Das heißt: Alterserscheinungen sind irreversible, involutive Vorgänge der lebenden Substanz als Funktion der Zeit (RUFFIN, 21; MEYER, 17).

Problematisch ist die Abgrenzung des Alters. PETRILOWITSCH (2o) schildert dies mit dem Satz, daß ein 6o-jähriger heutzutage jung ist im Vergleich zu seinem Vater im Alter von 6o Jahren. Die Bezeichnung "alt" ist zu subjektiv, und auch wir bevorzugen den Begriff der "zweiten Lebenshälfte", den z.B. SCHIMMELPENNIG (23) und STERN (27) in ihren Arbeiten benutzen, gegenüber dem Begriff des Alters. Einheitlich spricht man nur bei den über 65-jährigen vom Senium (MÜLLER, 18; BECKER, 2). Nach WEITBRECHT (3o) beginnen die Rückbildungsjahre mit 5o. BRONISCH (4) spricht bei den über 45-jährigen vom "höheren Lebensalter". SCHÄR (22) schreibt, daß man, da die Rückbildung des Organismus ebenso wie das Wachstum und die Neubildung individuell verschieden sind, nicht von "Zeitpunkten", sondern nur von "Zeitspannen" reden kann. In unserer Arbeit beschäftigen wir uns mit den über 4o-jährigen, also der 2. Lebenshälfte.

Bei den psychischen wie auch den übrigen organischen Altersveränderungen muß exakt zwischen einer physiologischen Wandlung im Rahmen der Involution und einem Kranksein unterschieden werden (MEYER, 13).

BRONISCH (6) schreibt, man solle die Alterspsychosen seltener diagnostizieren und die Grenzen des Normalen weiter stecken. Um also die psychopathologischen Veränderungen im Alter zu verstehen, muß man einige der wichtigsten physiologischen kennen:

1. eine Verlangsamung, die nach MÜLLER (18) als eine der spezifischsten physiologischen Veränderungen am engsten mit den biologischen Altersveränderungen zusammenhängt;

2. eine Zuspitzung der Persönlichkeit (SCHNEIDER, 25; MÜLLER, 18), wie auch einen

3. Persönlichkeitsabbau (MEYER, 17).

4. HOFF (1o) führt noch einen verstärkten Konservatismus auf.

In den psychopathologischen Zustandsbildern erkennen wir nun eine Ähnlichkeit mit diesen physiologischen Vorgängen, nur daß bei ersteren die Veränderungen so tief reichen, daß sie als krankhaft empfunden werden.

1. Zur Fragestellung

Diese Arbeit befaßt sich mit Psychosen, die in der zweiten Lebenshälfte auftreten. Dabei versuchen wir bei folgenden Krankheitsbildern sowohl altersspezifische Veränderungen der Psychosen festzustellen als auch das psychopathologische Bild zu dokumentieren.

a. Arteriosklerosis cerebri

b. Atrophische Hirnprozesse

c. Endogene Psychosen

Eine besondere Wertung geben wir dem Problem der Involutionspsychosen. Nicht berücksichtigt werden Psychosen nach Traumen und Noxen sowie die abnormen Spielarten seelischen Wesens, z.B. abnorme Erlebnisreaktionen, obwohl sich auch dabei viel Bemerkenswertes ergibt, wenn man bedenkt, daß eine Psychose nach Hirnverletzung bzw. eine abnorme Erlebnisreaktion im Alter durchaus anders gefärbt sein kann als in der Jugend.

B. SPEZIELLER TEIL

I. METHODIK

Wir haben das Krankengut unserer Klinik aus dem Jahre 1969 nach Diagnosen geordnet und dann nach Altersgruppen unterteilt. Diejenigen psychiatrischen Patienten, die in der zweiten Lebenshälfte standen, wurden einer genaueren psychopathologischen Analyse unterzogen, wobei es nicht darum gehen konnte, ein fiktives System zu illustrieren, sondern vielmehr darum, das klinisch Wichtigste zu registrieren.

Geringe und unwesentliche Abweichungen von der in Tabelle 1 dargestellten diagnostischen Aufgliederung ergeben sich daraus, daß wir im Rahmen unserer Arbeit manches nach den noch zu diskutierenden Gesichtspunkten anders geordnet haben (z.B. Involutionsdepressionen).

II. ÜBERBLICK

Gesamtfälle 1969:	2741
Neurologische Abteilung:	1236 (45,1 %)
Psychiatrische Abteilung:	1505 (54,9 %)

Tabelle 1: Überblick über das psychiatrische Krankengut aller Lebensalter von 1969 - Die einzelnen Krankheitsbilder.

Diagnosen	Fälle	%
Schizophrenie	253	16,8
Hirnorganische Anfallsleiden	236	15,8
Zyklothymie	182	12,1
Psychische Störungen bei Hirnprozessen im mittleren und höheren Lebensalter	166	11,o
Abnorme Erlebnisreaktionen	163	1o,o
Psychopathische Persönlichkeiten	132	8,8
Psychische Störungen durch Alkohol	115	7,6
Abnorme Jugendliche	84	5,6
Angeborener und frühkindlich erworbener Schwachsinn	73	4,6
Psychische Störungen durch Medikamente	39	2,6
Psychische Störungen bei Infektionen und anderen organischen Prozessen	19	1,3
Psychosen nach Verletzungen des Hirns	16	1,1
Progressive Paralyse	11	o,7
Psychische Störungen, offenbar körperlich begründet mit nicht gesicherter oder ungewöhnlicher Herkunft	8	o,5
Ohne besonderen körperlichen Befund und frei von seelischen Abweichungen	4	o,3
Ungeklärte Fälle	3	o,2
Degenerative Erkrankungen	1	
	15o5	

III. Die einzelnen Krankheitsbilder

1. Arteriosklerosis cerebri.

MEYER (16) definiert die Arteriosklerosis cerebri (A.s.c.) als "ein chronisch fortschreitendes Gefäßleiden, in dessen Verlauf eine außerordentlich wechselvolle Symptomatik bei einzelnen Krankheiten im Körperlichen und Seelischen auftreten kann".
Dabei ist nach SCHULTE und TÖLLE (26) die Durchblutungsgröße des Gehirns auf die Hälfte und die O_2-Versorgung um 1/3 herabgesetzt. Die Diagnose dieser Erkrankung ist oftmals schwer, da es hier keine krankheitsspezifischen psychopathologischen Veränderungen gibt; es muß stets eine Längsschnittbetrachtung erfolgen (SCHULTE und TÖLLE, 26).

HOFF (1o) glaubt, daß bei der Diagnose einer Arteriosklerosis cerebri auch andere Körperarterien befallen sein müssen. Nach ihm ist die cerebrale Gefäßsklerose immer Teilerscheinung einer allgemeinen Sklerose. Doch sollte man diese Aussage nicht umkehren; denn eine Arteriosklerosis anderer Organe spricht nicht unbedingt für einen cerebralen Befall (MÜLLER, 18).

a. Altersverteilung.

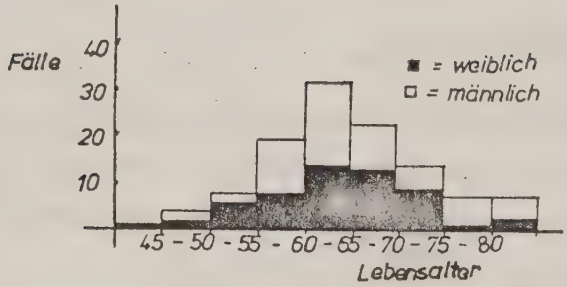


Abb. 2: Altersverteilung bei Arteriosklerosis cerebri.

Gesamtzahl: 124; davon 62 weiblich und 62 männlich.

Die Feststellung von OEHMICHEN (19), daß mehr Männer als Frauen an einer cerebralen Gefäßsklerose erkranken, fanden wir bei unseren Patienten nicht bestätigt. Allerdings fanden wir (wie OEHMICHEN), daß die Männer am häufigsten zwischen dem 55. und 65. Lebensjahr, die Frauen jedoch am häufigsten nach dem 65. Lebensjahr merkliche Folgen einer Arteriosklerosis cerebri aufweisen.

b. Aufenthaltsdauer und Entlassung.

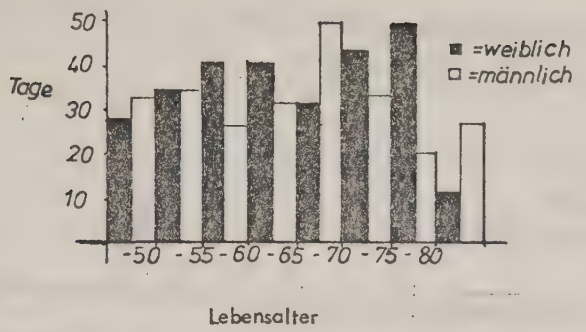


Abb. 3: Aufenthaltsdauer bei Arteriosklerosis cerebri

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer betrug 35 Tage. Dabei ließen wir die Patienten mit einem Alter über 80 Jahren unberücksichtigt. Ihr kurzer Aufenthalt täuscht, da einige nach wenigen Tagen in eine andere Klinik oder ein Altersheim verlegt wurden bzw. verstarben. Bei der geschlechtsspezifischen Betrachtung könnte man allenfalls einen längeren Aufenthalt der weiblichen Patienten feststellen.

Alle Patienten bis zum 70. Lebensjahr wurden nach Hause entlassen. Von den über 70-jährigen kehrten 10 nicht nach Hause zurück; 3 Patienten starben; 4 Patienten wurden in ein Altersheim und 3 Patienten in die Landesnervenklinik oder ein entsprechendes Haus verlegt. Der Durchschnittsaufenthalt dieser Patienten betrug lediglich 26 Tage. 3 Patienten wurden trotz ärztlichen Abratens mit nach

Hause genommen. Zählt man diese zu den übrigen 1o, so kehrten 13 von 31 Patienten, die über 7o Jahre alt waren, nicht nach Hause zurück. Dies sind rund 42 %.

c. Erstmanifestation.

Bei der Fragestellung unserer Arbeit ist das Alter während der Erstmanifestation von größerer Bedeutung als das Alter bei der Krankenhauseinweisung. In fast allen Fällen konnten die Angehörigen bzw. der Patient einigermaßen genaue Angaben über den Beginn ihrer augenblicklichen Erkrankung machen. Dabei muß natürlich beachtet werden, daß solche anamnestischen Aussagen rein subjektiv sind und es durchaus möglich ist, daß objektive, klinische Zeichen schon lange vorher einen Krankheitsbeginn ansagten. SCHMITZ (24) spricht von einer Manifestationsschwelle, bei der lange nach Beginn des Prozesses erste objektive Krankheitserscheinungen festgestellt werden. Bei der Prüfung der Erstmanifestation haben wir nur solche Symptome bewertet, die mit einer Arteriosklerosis cerebri in sicheren Zusammenhang gebracht werden konnten.

(s. Tabelle 2, S. 15).

Tabelle 2: Arteriosklerosis cerebri: Zeitraum zwischen Erstmanifestation und Krankenhausaufnahme.

Erstmanifestation	4o-49	5o-59	6o-69	7o-79	8o-89	Summe
in den letzten Monaten	2	13 (43%)	18(31%)	13(57%)	2	48(39%)
vor einem Jahr	1	5 (17%)	14(24%)	3 (13%)	2	25(2o%)
vor 2 Jahren	1	5	8	1		15
vor 3 Jahren	1	1	2	2		6
vor 4-5 Jahren		4(4o%)	3(33%)	(17%)		7(32%)
vor 6-1o Jahren		1	4	1	2	8
vor mehr als 1o Jahren		1	2			3
ohne Angaben			7	3	2	12

Wie wir sehen, ist bei den meisten Patienten (39 %) die Erstmanifestation einer Arteriosklerosis cerebri der Grund für die augenblickliche Einweisung. Bei 2o % der Patienten traten die ersten Symptome während der letzten 12 Monate auf; also etwa die Hälfte aller Patienten erkrankte erstmals im vorausgegangenen Jahr. Im Durchschnitt traten, wenn man die Zeiträume aller Fälle berücksichtigt, 16 Monate vor Krankenhausaufnahme die ersten Symptome auf. Am kürzesten war der Abstand bei den 7o-8o-jährigen. Dort betrug er durchschnittlich nur 8 Monate. So lag auch bei 57 % der 7o-8o-jährigen eine Erstmanifestation

vor, hingegen bei den 6o-7o-jährigen nur in 31 % und bei den 5o-6o-jährigen in 43 %. Noch aufschlußreicher ist die Zahl der länger als ein Jahr erkrankten Personen:

4o % der 5o-6o-jährigen

33 % der 6o-7o-jährigen

und nur 17 % der 7o-8o-jährigen.

Von den 48 Patienten, die zum ersten Male Symptome im Rahmen einer cerebralen Gefäßsklerose zeigten, bezeichneten sich 2o als "nie krank" gewesen; und zwar

5 (21 %) der 7o-8o-jährigen

5 (8 %) der 6o-7o-jährigen

9 (3o %) der 5o-6o-jährigen

1 Patient der 4o-5o-jährigen.

Daraus könnte geschlossen werden, daß beim Auftreten einer Arteriosklerosis cerebri in mittleren Jahren die Lebenserwartung sinkt; nur wenige der Greise sind schon lange an dieser Krankheit erkrankt.

d. Selbstmordgedanken und -versuche.

Tabelle 3: Selbstmordgedanken und -versuche bei Arteriosklerosis cerebri.

	SMG		SMV		Patientenzahl	
	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.
4o - 44					1	
45 - 49					2	2
5o - 54	1				7	2
55 - 59	1			1	9	12
6o - 69	2	3	1	2	29	29
7o - 79	2	1		1	11	12
über 8o	1		1		3	5
Summe	7	4	2	4	62	62
	11		6		124	

11 (9 %) Patienten spielten häufiger mit Selbstmordgedanken und

6 (5 %) Patienten hatten einen Selbstmordversuch unternommen, wobei die Frauen mehr daran dachten, die Männer hingegen ihn häufiger ausführten.

e. Symptome.

Die ersten Anzeichen einer Arteriosklerosis cerebri liegen nach SCHULTE und TÖLLE (26) auf psychischem Gebiet; erst später kommen somatisch-neurologische Befunde hinzu. Liegen schon echte Psychosen vor, so muß es nach BLEULER (3) bereits zu einer diffusen Reduktion der Hirnmasse gekommen sein. MEYER (16) schreibt: " Die Diagnose akuter Psychosen bei Arteriosklerosis cerebri wird durch die Erfassung psychopathologischer Besonderheiten oft sicherer unterbaut als durch körperliche Befunde an Herz, Kreislauf, Augenhintergrund...".

Es ist nicht Sinn dieser Arbeit, psychisch - intellektuelle Beschwerdesyndrome einerseits und andererseits neurologische Befunde sowie Gefäßbefunde , aus denen sich die Diagnose einer Arteriosklerosis cerebri ergibt (ALSEN, 1), etwa unter einem differentialdiagnostischen Gesichtspunkt zusammenzustellen, sondern wir wollen in erster Linie auf die psychischen Beschwerden eingehen und diese nach Symptomen gliedern. Dabei werden wir hier, wie bei den noch zu besprechenden Krankheiten, die psychischen Auffälligkeiten in akut psychiatrische und Abbau- bzw. Störsyndrome aufteilen.

Mit "akut psychiatrischen" Syndromen sind solche gemeint, die für Arzt und Laien besonders auffällig und störend sind, die den Sinnzusammenhang augenfällig zerreißen, die eine stationäre Behandlung nicht umgehen lassen, bzw. zur gerichtlichen Einweisung zwingen. Man ist versucht, das

Krankhafte, Abnorme zu ihrer Charakterisierung heranzuziehen, aber das wäre schief, denn die Syndrome der 2. Gruppe beruhen auf eben derselben Krankheit, die zuweilen dort noch stärker ausgeprägt ist, z.B. bei der stummen Demenz, die aber erträglicher bleiben kann, weil ihr Ausmaß und ihr Manifestationsspektrum anders sind. Die 1. Gruppe geht nahtlos in die 2. Gruppe über, z.B. ist kein weiter Schritt von der Hypochondrie, der Sorge um den Stuhlgang bis zum Erkrankungswahn. Es geht hier nur darum, die "akute Psychiatrie" durch die 1. Gruppe hervorzuheben.

Akute psychiatrische Syndrome.

Der überwiegende Teil, 84 (68 %) unserer Patienten, bot eine akute, dem Laien auffällige Symptomatik. Am häufigsten waren Frauen mit 45 Fällen im Vergleich zu 39 Männern betroffen.

Tabelle 4: Überblick über die akuten Symptome bei der Arteriosklerosis cerebri.

	Gesamt	weiblich	männlich
verwirrt	4o (32%)	2o	2o
depressiv	33 (27%)	23	1o
paranoid	2o (16%)	1o	1o
halluzinatorisch	14 (11%)	5	9
manisch	2		2

Verwirrtheit.

Die Kardinalsymptome der akuten, körperlich begründbaren Psychosen (BRONISCH, 4; MEYER, 14; SCHNEIDER, 25), wie Benommenheit, Verwirrtheit, Bewußtseinsstörung, fanden wir bei 4o (32 %) unserer Patienten. (Bei 31 dieser Patienten waren außer diesen Kardinalsymptomen keine weiteren akuten Symptome feststellbar). 18 Patienten, das sind 15 % der Gesamtzahl, waren desorientiert und boten eine verminderte Bewußtseinshelligkeit. Bei 3 Patienten (2 weiblich, 1 männlich) war kein Kontakt herstellbar. Das Durchschnittsalter der verwirrten Patienten betrug bei den Frauen 64 und bei den Männern 68 Jahre. Auf die einzelnen Altersgruppen bezogen, ergab sich, daß die Verwirrtheit mit dem zunehmenden Alter häufiger auftrat:

o	der 5	4o-49-jährigen
1o (33 %)	der 3o	5o-59-jährigen
13 (22 %)	der 58	6o-69-jährigen
17 (55 %)	der 31	über 7o-jährigen.

Einen geschlechtsspezifischen Unterschied konnten wir nicht feststellen. Vergl. Tabelle 5.

Depression.

Bis zum 65. Lebensjahr wurden nur diejenigen psychopathologischen Bilder als arteriosklerotische Depressionen gewertet, die einen "organischen Einschlag" oder einen evidenten Zusammenhang mit cerebralen Circulationsstörungen aufwiesen. Alle anderen erstmals zwischen dem 45. und 65. Lebensjahr aufgetretenen Depressionen wurden gemäß dem Vorschlag der WHO unter der Diagnose der "Involutionsdepression" aufgeführt.

33 (27 %) der Patienten litten unter einer Depression. Dabei stellten wir gleich OEHMICHEN (19) ein starkes Überwiegen der weiblichen Patienten fest (23 weibliche gegenüber 1o männlichen Patienten). Auch BRONISCH (4) fand unter 157 depressiven Patienten 116 Frauen. Das Durchschnittsalter lag bei den Frauen um 58, bei den Männern um 64 Jahre.

2		der 5	4o-49-jährigen; alle weiblich
9	(4o %)	der 3o	5o-59-jährigen; davon 7 weiblich
19	(32 %)	der 58	6o-69-jährigen; davon 12 weiblich
3	(9 %)	der 31	über 7o-jährigen; davon 2 weiblich.

Von unseren "akuten" Symptomen tritt die Depression am frühesten, schon in den mittleren Lebensjahren, auf.

Wahn.

20 unserer Patienten (1o weiblich, 1o männlich) zeigten paranoide Symptome bei einem Durchschnittsalter von 6o Jahren für die Frauen und von 65 Jahren für die Männer.

1	der 5	4o-49-jährigen
1	der 3o	5o-59-jährigen
14 (24%)	der 58	6o-69-jährigen
4 (16%)	der 31	über 7o-jährigen.

Wahnhaftes war bei beiden Geschlechtern gleich häufig verteilt und trat am häufigsten im 7. Dezennium auf.

Halluzinationen.

An vierter Stelle, mit einer Häufigkeit von 14 Fällen (11 %) fanden wir Halluzinationen. In fast 2/3 dieser Fälle handelte es sich um männliche Patienten, wobei das Symptom - ebenso wie der Wahn - im höheren Lebensalter gehäuft auftrat.

o	der	4o-59-jährigen
9 (16 %)	der	6o-69-jährigen, davon 6 weiblich
5 (16 %)	der	über 7o-jährigen, davon 3 weiblich.

Das Durchschnittsalter betrug bei den Frauen 68 und bei den Männern 67 Jahre. Der prozentual größte Anteil fiel auf die Gruppe der über 7o-jährigen.

Manie.

Lediglich 2 männliche Patienten im 7. Dezennium (mit einem Alter von 62 Jahren) zeigten das Bild einer Manie.

Tabelle 5: Überblick über das Durchschnittsalter für die einzelnen Symptome bei Arteriosclerosis cerebri.

	weiblich	männlich
Depression	58 Jahre	64 Jahre
Wahn	6o Jahre	65 Jahre (nur 2 Pat).
Verwirrtheit	64 Jahre	68 Jahre
Halluzinationen	68 Jahre	67 Jahre

Kombinationen der einzelnen psychopathologischen Elemente waren nicht häufig. So verliefen die Depressionen im allgemeinen monosymptomatisch.

Abbau- und Störsyndrome.

Tabelle 6: Überblick über die Abbau- und Störsyndrome bei Arteriosclerosis cerebri.

	Fälle	%	weiblich	männlich
1. Mnestische Störungen	54	44	25	29
2. Neurasthenische Symptome	38	31	21	17
3. Schlafstörungen	28	23	13	15
4. Demenz	21	17	11	1o
5. Angst	16	13	11	5
6. Hypochondrie	1o	o,8	5	5

Mnestische Störungen.

Darunter sind sowohl Störungen des Alt- wie auch des Neugedächtnisses zusammengefaßt (näher untersucht von OEHMICHEN, 19). Meist waren die Störungen stärker in der Anamnese als im Befund gegeben. Verständlicherweise waren die mnestischen Funktionen in der Verwirrtheit schwer zu fassen, was die Zahlen relativiert.

Die Klagen über mnestische Störungen stiegen deutlich mit dem Alter an:

0 %	der 5	4o-49-jährigen
37 %	der 3o	5o-59-jährigen
43 %	der 58	6o-69-jährigen
49 %	der 31	über 7o-jährigen.

Die männlichen Patienten klagten über den Beschwerdekomplex gehäuft.

Neurasthenisches Syndrom.

Die großen Komplexe von verschiedenen körperlichen Mißempfindungen, Erschöpfungszuständen und Schwächegefühlen fassen wir hier mit BRONISCH (4) unter dem Begriff des "Neurasthenischen Syndroms" zusammen. So wären unter anderem folgende Störungen zu nennen: Auf körperlichem Gebiet Augenflimmern, Potenz- und Libidoschwäche, Geräuschempfindlichkeit, Abgeschlagenheit; auf psychischem Gebiet erhöhte Reizbarkeit, Unfähigkeit genügend Haltung zu bewahren (BRONISCH, 4; GSELL, 8). Etwaige Synonyma sind: Asthenisches Syndrom, Nervöser Erschöpfungszustand, Hyperaesthetisch-emotioneller Schwächezustand, Vorzeitiger Versagenszustand. Solche Bilder können lange Zeit Vorläufer ernsthafter Krankheitsprozesse sein, ohne daß sie von Anfang an in ihrer Genese erkannt würden. 38 (31 %) Patienten klagten über diese Störungen, wobei die Zahl der Frauen lediglich in der Zeit des Klimakteriums überwog.

Die Altersverteilung ergab:

3	der	5	4o-49-jährigen
1o (33 %)	der	3o	5o-59-jährigen
2o (44 %)	der	58	6o-69-jährigen
5 (16 %)	der	31	über 7o-jährigen.

Schlafstörungen.

Eigentlich gehören diese Beschwerden ebenfalls zu dem neurasthenischen Komplex. Wir haben sie dennoch ausgeklammert, da sie mit 23 % auffallend gehäuft auftraten. Dabei beinhalten diese Störungen sowohl Einschlaf- wie Durchschlafstörungen. Von den 28 Patienten waren 11 weiblich und 15 männlich; am meisten klagten, wie auch bei den oben beschriebenen neurasthenischen Beschwerden, die Patienten des 7. Dezenniums. Auffallend ist, daß von den verwirrten Patienten (4o Fälle) nur 2 über Schlafstörungen klagten, was jedoch nur bedingt zu verwerten ist.

0	der	5	4o-49-jährigen
5 (17%)	der	3o	5o-59-jährigen
17 (33 %)	der	58	6o-69-jährigen
6 (2o%)	der	31	über 7o-jährigen.

Demenz.

Die Diagnose Demenz, ein Kardinalsymptom der chronischen Form einer körperlich begründbaren Psychose (BRONISCH, 4; K. SCHNEIDER, 25) wurde 21 mal (17 %) gestellt. Dabei wurden 13 Patienten als leicht, 4 als schwer und 4 als völlig dement bezeichnet. Unter Demenz verstehen wir mit BRONISCH (4) " eine Herabsetzung der Fähigkeit, die Denkmittel richtig und nützlich auf die praktischen und theoretischen Aufgaben des Lebens anwenden zu können". Der prozentual wesentlich höher liegende Anteil dementer Patienten in anderen Untersuchungen (OEMICHEN, 19) ist wesentlich durch das Subjektive der Einstufung bedingt, solange nicht testpsychologische Vergleiche möglich sind.

0	der	5	40-49-jährigen
5 (17 %)	der	30	50-59-jährigen
7 (16 %)	der	58	60-69-jährigen
7 (23 %)	der	31	über 70-jährigen

Erwartungsgemäß wurde die Diagnose der Demenz am häufigsten bei den über 70-jährigen gestellt. Das Durchschnittsalter aller dementen Patienten betrug 67 Jahre. Einen geschlechtsspezifischen Unterschied konnten wir nicht feststellen. Die Hälfte der dementen Patienten war verwirrt; 8 Patienten boten auch noch das Bild anderer Symptome aus dem genannten Spektrum.

Angst.

Hier wurden solche Patienten zusammengefaßt, die Angst vor Krankheit oder Tod hatten bzw. über unbestimmte Angstgefühle klagten. 11 der 16 Patienten waren weiblichen Geschlechts.

1	der	5	4o-49-jährigen
5 (17%)	der	3o	5o-59-jährigen
9 (16%)	der	58	6o-69-jährigen
1 (3%)	der	31	über 7o-jährigen

Hier fiel, wie bei dem folgenden Symptom, eine Abnahme der Beschwerden mit zunehmendem Alter auf.

Hypochondrie.

10 Patienten (knapp 1 % unseres Untersuchungsgutes) waren stärker hypochondrisch (5 Männer und 5 Frauen).

1	der	5	4o-49-jährigen
4 (13%)	der	3o	5o-59-jährigen
1 (7 %)	der	58	6o-69-jährigen
1 (3 %)	der	31	über 7o-jährigen.

MÜLLER (18) beschreibt eine Zunahme der Hypochondrie ab dem 5. Dezennium.

Wesensänderung.

Dieser in gewissem Ausmaß physiologische Vorgang mit Zuspitzung des Charakters (SCHNEIDER, 25) einerseits sowie Abbau (MEYER, 13) andererseits, wurde bei 25 (2o %) Patienten beschrieben. Allerdings kann diese Angabe nur begrenzt verwertet werden, da sich der Untersuchende ja auf die Angaben der Angehörigen verlassen mußte. Die Feststellung, daß eine Wesensänderung mit zunehmendem Alter weniger häufig gefunden wird, ist wohl dadurch bedingt, daß diese dann schon zur Gewohnheit geworden war bzw. nicht als so pathologisch wie bei Jüngeren empfunden wurde.

0		der	5	4o-49-jährigen
8	(27 %)	der	3o	5o-59-jährigen, davon 8 männl.
15	(26 %)	der	58	6o-69-jährigen, davon 12 männl.
2	(6 %)	der	31	über 7o-jährigen, davon 1 männl.

Von den Patienten, bei denen die Männer den weitaus größten Teil (2o männl., 5 weibl.) ausmachten, klagten 16 über mnestische Störungen; 8 Patienten zeigten Halluzinationen, Depressionen und Wahn; 6 Patienten waren verwirrt und 4 dement.

Eine weitere Untergliederung dieser Punkte, z.B. der mnestischen Störungen in solche des Neu- bzw. Altgedächtnisses, würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen. Wir verweisen deshalb auf die Dissertation von OEHMICHEN (19).

Tabelle 7: Häufigkeit der einzelnen Symptome mit einer Gegenüberstellung der Ergebnisse von OEHMICHEN, FUNK und LIEVEN, zitiert nach OEHMICHEN (19).

Symptome	eigene Ergebnisse	OEHMICHEN	FUNK	LIEVEN
	124 Pat.	15o Pat.	71 Pat.	322 Pat.
1. Mnestische Störungen	44 %	32 %	61 %	-
2. Verwirrtheit	32 %	39 %	-	-
3. Neurasthenisches Syndrom	31 %	34 %	-	-
4. Depression	27 %	13 %	-	-
5. Schlafstörungen	23 %	43 %	24 %	37 %
6. Wesensänderung	2o %	43 %	14 %	-
7. Wahn	16 %	12 %	-	-
8. Demenz	17 %	4o %	25 %	-
9. Angst	13 %	29 %	-	5 %
1o. Halluzination	11 %	13 %	-	-
11. Hypochondrie	1 %	-	-	-
12. Manie	o,2 %	-	-	-

In Tabelle 7 haben wir die von uns gefundene Symptomhäufigkeit den Angaben von OEHMICHEN, FUNK und LIEVEN gegenübergestellt. Es ergibt sich eine Diskrepanz, die unserer Meinung nach weniger auf den zahlenmäßigen Unterschied des Krankengutes oder die Auswahl des Krankengutes (OEHMICHEN, 19) zurückzuführen ist, als vielmehr darauf, daß eine diagnostische Zuordnung besonders in der Psychiatrie oftmals sehr schwer ist.

Tabelle 8: Symptome bei Arteriosklerosis cerebri.

	4o - 49			5o - 59			6o - 69			über 7o			Summe		
	w.	m.	S.	w.	m.	S.	w.	m.	S.	w.	m.	S.	w.	m.	S.
Gesamtzahl	3	2	5	16	14	3o	29	29	58	14	17	31	62	62	124
Verwirrtheit				6	4	1o	6	7	13	8	9	17	2o	2o	4o
Depression	2	-	2	7	2	9	12	7	19	2	1	3	23	1o	33
Wahn	1	-	1	1	-	1	7	7	14	1	3	4	1o	1o	2o
Halluzinat.	-	-	-	-	-	-	3	6	9	2	3	5	5	9	14
Manie	-	-	-	-	-	-	-	2	2	-	-	-	-	2	2
Mnestische Störungen	-	-	-	3	8	11	12	15	27	1o	6	16	25	29	54
Neurasthen. Syndrom	3	-	3	6	4	1o	9	11	2o	3	2	5	21	17	38
Schlaf-störungen	-	-	-	3	2	5	7	1o	17	3	3	6	13	15	28
Demenz	-	-	-	3	2	5	5	4	9	4	3	7	12	9	21
Angst	1	-	1	4	1	5	6	3	9	-	1	1	11	5	16
Hypochondrie	1	-	1	1	3	4	3	1	4	-	1	1	5	5	1o

So schreibt BRONISCH (4): " Die in einzelnen Veröffentlichungen angegebenen statistischen Zahlen scheinen infolge eines von Mal zu Mal wechselnden diagnostischen Zuordnungsmaßstabes nur bedingt verwertbar und aufschlußreich, aber auch untereinander schlecht vergleichbar."

2. Hirnatrophische Prozesse.

MÜLLER (18) definiert die cerebrale Atrophie als eine Abnahme des Hirnvolumens durch eine mehr oder weniger schnell fortschreitende Verringerung des funktionstüchtigen Hirnparenchyms. Es ist nun nicht unser Ziel, auf die physiologischen und pathologischen Veränderungen des Gehirns beim alten Menschen einzugehen; auch können wir nichts über den prozentualen Anteil der Patienten mit einer altersbedingten Hirnatrophie aussagen; denn wir wissen nicht, wieviel Patienten mit einer Hirnatrophie unter der Diagnose Arteriosklerosis cerebri eingereiht sind.

In der überwiegenden Mehrzahl stützte sich unsere Diagnose auf das Pneumencephalogramm. In 14 Fällen (73 %) war es pathologisch; in 3 Fällen wurde es nicht ausgeführt und in weiteren 3 Fällen lag ein Grenzbefund vor. Im Vergleich dazu fällt auf, daß bei den Patienten mit einer Arteriosklerosis cerebri nur in 9 von 124 Fällen eine Pneumencephalographie angefertigt wurde; in 4 Fällen war es dort pathologisch.

1. Altersverteilung.

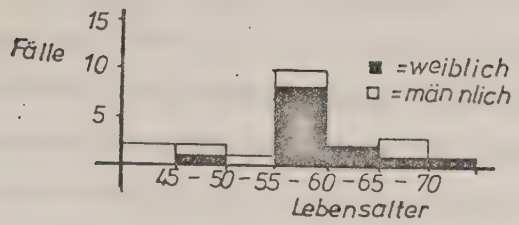


Abb. 4: Altersverteilung bei Hirnatrophie.

Gesamtzahl: 20; davon 13 weiblich und 7 männlich.

2. Aufenthaltsdauer und Entlassung.

Hier betrug die Aufenthaltsdauer durchschnittlich 32 Tage. Allerdings wurden 3 Patienten im Alter von 52, 55 und 59 Jahren in die Landesnervenklinik verlegt; deren Aufenthalt wurde nicht berücksichtigt.

3. Erstmanifestation.

Die Zeitspanne zwischen Erstmanifestation und Einweisung in die Klinik betrug im Durchschnitt 2 Jahre und 9 Monate; im Vergleich dazu bei den Patienten mit einer Arteriosklerosis cerebri nur 1 Jahr und 4 Monate.

Selbstmordgedanken und -versuche.

Hierzu keine Angaben.

5. Symptome.

Wir können hier nur festhalten, daß die Diagnose psychische Störungen bei Hirnatrophie 21mal (bei 1,4 % aller psychiatrisch Erkrankten) gestellt wurde (darunter war ein überwiegend depressives Bild), in 12 Fällen war die Hirnatrophie nicht charakterisierbar, in 8 Fällen lagen typische diffuse oder systematisierte Veränderungen, wie z.B. Morbus Alzheimer oder Morbus Pick vor. (Von diesen 8 Patienten waren die 6 über 5o-jährigen alle dement. - Einen Vergleich der Symptome der einzelnen Altersgruppen halten wir auf Grund der niedrigen Personenzahl für sinnlos). Auffallend ist allerdings, daß sich die Hälfte dieser hirnatrophischen Patienten im 6. Dezennium befand, der Jüngste 4o und der Älteste 71 Jahre alt waren. Das entspricht Untersuchungen von MÜLLER (18), der für die Hirnatrophie ein Alter zwischen 5o und 6o Jahren angibt und zwar beim Morbus Alzheimer einen Schnitt von 53,1 und beim Morbus Pick von 54,5 Jahren.

Tabelle 9: Symptome bei Hirnatrophie nach ihrer Häufigkeit.
Gesamtzahl: 2o; 13 weibl., 7 männl.

	Patienten-zahl	%	weibl. Pat.	männl. Pat.
1. Mnestische Störung.	12	6o	9	3
2. Verwirrtheit	8	4o	7	1
3. Demenz	8	4o	6	2
4. Depression	5	25	2	3
5. Schlafstörungen	4	2o	1	3
6. Neurasthenisches Syndrom	4	2o	2	2
7. Wahn	3	15	2	1
8. Angst	2	1o	2	-
9. Hypochondrie	2	1o	1	1

Bei aller Vorsicht könnte man sagen:

1. Mnestische Störungen, Verwirrtheit und Demenz wurden bei den weiblichen Patienten häufiger beobachtet als bei den männlichen.

2. Die Reihenfolge der Symptomhäufigkeit entspricht fast unseren Ergebnissen bei der Arteriosklerosis cerebri. Allerdings traten keine Halluzinationen auf.

3. Mnestische Störungen und Demenz kommen wesentlich häufiger vor.

4. Neurasthenische Symptome kommen bei den von uns beobachteten Fällen eines hirnatrophischen Prozesses weniger häufig vor als bei den Patienten mit einer Arteriosklerosis cerebri.

Bei den 5 der 8 verwirrten Patienten war die Bewußtseinshelligkeit getrübt; mit einem Patienten war ein Kontakt nicht mehr herstellbar.

Endogene Psychosen.

Unter endogenen Psychosen verstehen wir nach K. SCHNEIDER (25) die körperlich noch nicht begründbaren Psychosen, nämlich Zyklothymie und Schizophrenie. Bis heute ist es noch nicht gelungen, diese körperlich noch nicht begründbaren Psychosen in nosologisch eigenständige Typen zu untergliedern (SCHNEIDER, 25). Im Alter vermischt sich die Psychopatholo-

gie dieser Krankheitsbilder zusehends (ZEH, 34; BRONISCH, 4). Die entscheidende Frage, in wieweit eine Altersschizophrenie bzw. - zyklothymie auftritt, können wir nur schwer beantworten, da in dem von uns untersuchten Krankengut die Diagnose Schizophrenie bei den über 60-jährigen nur 2 mal und Zyklothymie nur 16 mal gestellt wurde. Somit können wir nur eine Untersuchung der Symptome der 2. Lebenshälfte durchführen, wobei jedoch die Frage der Erstmanifestation besonders berücksichtigt werden soll. Damit wollen wir die Gruppe der erstmals im Alter aufgetretenen endogenen Psychosen erfassen. Die zweite Gruppe ist die der "ins höhere Alter mit hineingenommenen" Psychosen (BRONISCH, 4). Das Fehlen von älteren Patienten mit der Diagnose einer Schizophrenie ist wohl unter anderem darauf zurückzuführen, daß die meisten Autoren Erstmanifestationen endogener Psychosen im Alter ablehnen zu Gunsten körperlich begründbarer Formen (MEYER, 13; ZEH, 34). Auch dürften die schizophrenen Defektzustände des Alters nur vereinzelt Aufnahme in der Universitätsklinik finden; vielmehr werden sie in anderen Häusern, vornehmlich in den Landesnervenkliniken betreut.

3. Schizophrenie.

Sucht man nach einer Definition dieses Krankheitsbildes, so stellt man fest, daß viele Autoren Symptome und Typen aufzeichnen, allerdings eine klare Definition umgehen. Diese Schwierigkeiten kommen auch in der Umschreibung

von K. SCHNEIDER (25) zum Ausdruck: " Von den Psychosen, deren körperliches Wesen man nicht kennt, zieht man die einigermaßen typisch zyklothymen ab, - den bleibenden Rest nennt man Schizophrenie."
ZEH (34) schreibt ironisch: " Was eine Schizophrenie ist, weiß im Grunde niemand, man kann sich nur darüber verständigen."

Wie schon erwähnt, tritt eine erste Manifestation mit wachsendem Alter immer weniger auf, ja sie ist bei den Greisen geradezu selten und bleibt dort immer umstritten.

POLLACK (zit. nach MÜLLER, 18), der sämtliche Aufnahmen in den staatlichen amerikanischen Kliniken untersuchte, fand, daß bei den über 65-jährigen Patienten in den Jahren 1934 - 1958 nur in 1 % der Fälle die Diagnose Schizophrenie oder schizophrene Reaktion gestellt worden war.
MÜLLER (18) meint, daß es sich bei der sogenannten Altersschizophrenie um Menschen handelt, die es verstanden, das ganze Leben hindurch ihr seelisches Gleichgewicht zu behalten und die erst durch die Altersbelastung eine Freilegung der krankhaften Anlage erfahren.

Typen der Schizophrenie.

K. SCHNEIDER (25) schreibt, daß die typologische Aufteilung der Schizophrenie keinen nosologischen Sinn hatte, aber zur besseren gegenseitigen Verständigung notwendig sei. Dabei läßt er 4 Typen gelten: einfache, katatone, paranoide und halluzinatorische Form. Die in unserem Diagnosenschema aufgeführte

hebephrene Form lehnt er als eigenen Typus ab, da sie eine auf das Lebensalter gehende Bezeichnung sei, die zur einfachen Form zähle. MÜLLER (18) unterteilt in 4 Gruppen (kataton, paranoid, hebephren, simplex).

Das Diagnosenschema der Universitäts-Nervenklinik unterscheidet folgende Formen:

Tabelle 1o: Typen der Schizophrenie und Häufigkeit.

Alter	simplex	hebephren	kataton	paranoisch	Defekt	Verdacht	Summe
o-19	4 2o%	- -	3 14%	7 33%	-	7 33%	21
2o-24	7 24 %	- -	4 14%	12 41%	-	6 21%	29
25-29	7 21%	1 3 %	1 3%	21 62%	2 6 %	2 6%	34
3o-34	5 15%	3 9%	1 3%	16 47%	4 12%	5 15%	34
35-39	3 1o%	3 1o%	-	16 53%	5 17%	3 1o%	3o
			2. Lebenshälfte				
4o-44	6 21%	-	-	15 54%	4 14%	3 11%	28
45-49	1 4%	-	1 4%	15 54%	9 32%	2 7%	28
5o-59	1 7%	-	-	6 4o%	7 47%	1 7%	15
über 6o	-	-	-	-	2 -	-	2
Summe 34		7	1o	1o8	33	29	221
über 4o 8		0	1	36	22	6	73

Beim Vergleich der beiden Lebenshälften stellen wir fest, daß jedesmal fast die Hälfte der Patienten eine paranoide Form zeigt. An zweiter Stelle folgt in der ersten Lebenshälfte die Schizophrenia simplex und in der 2. Lebenshälfte der Defektzustand. Definitionsgemäß treten hebephrene Fälle in der 2. Lebenshälfte

nicht mehr auf; aber auch katatone Fälle fehlen. Eine genaue Betrachtung ergibt:

1. Die Diagnose Schizophrenia simplex nimmt mit einem Anteil von rund 2o % beim Jugendlichen bis zum Alter kontinuierlich ab.

2. Hebephrene Formen fanden wir nur bei den 25 - 4ojährigen. (Dabei bezog sich diese Bezeichnung auf den Krankheitsbeginn und nicht auf die Zeit der Behandlung.)

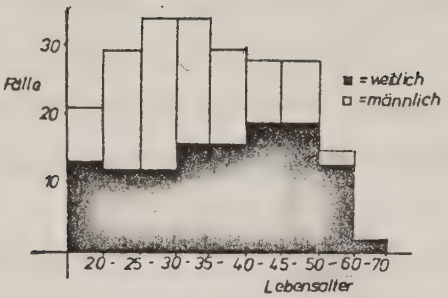
3. Die katatone Schizophrenie kam am häufigsten beim Jugendlichen vor und trat - mit einer Ausnahme - nach dem 35. Lebensjahr nicht mehr auf.

4. Paranoide Formen kommen etwa in allen Lebensaltern gleich häufig vor, wobei der Gipfel zwischen dem 25. und 3o. Lebensjahr liegt.

5. Verständlicherweise finden sich ab dem 25. Lebensjahr die Defektzustände häufiger.

6. Beim Auftreten von Psychosen kam der Verdacht der Schizophrenie mit zunehmendem Alter seltener in Frage.

1. Altersverteilung.



Gesamtzahl: 221; davon 122 weiblich und 99 männlich.

Abb. 5: Altersverteilung bei Schizophrenie.

Auffallend ist bei dieser Kurve das Überwiegen der männlichen Patienten in der ersten Lebenshälfte und das Überwiegen der weiblichen Patienten in der zweiten Hälfte.

2. Aufenthaltsdauer und Entlassung.

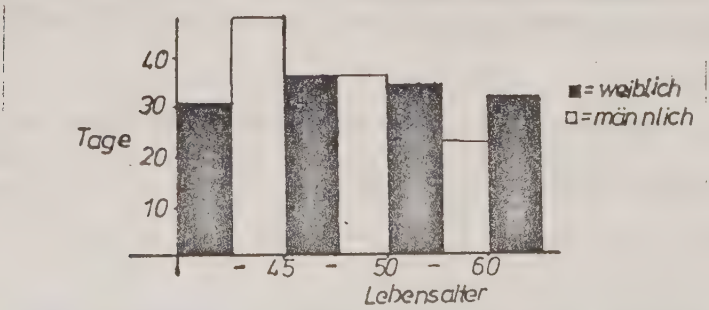


Abb. 6: Aufenthaltsdauer bei Schizophrenie jenseits des 4o. Lebensjahres.

Der Durchschnittsaufenthalt betrug hier 34 Tage. Weitere Aussagen, zum Beispiel zur Geschlechts- oder Altersabhängigkeit, glauben wir nicht machen zu können.

Alle Patienten wurden nach Hause entlassen.

3. Erstmanifestation.

Tabelle 11: Schizophrene Erkrankungen in der 2. Lebenshälfte: Spanne zwischen Erstmanifestation und jetziger Einweisung.

Erstmanifestation:	4o-44	45-49	über 5o	Summe
in den letzten Monaten	7	1	-	8
vor einem Jahr	2	2	-	4
vor 2 Jahren	-	1	-	1
vor 3 Jahren	3	1	1	5
vor 4-5 Jahren	3	2	2	7
vor 6-1o Jahren	8	9	3	2o
vor 1o-2o Jahren	4	7	5	16
vor 2o-3o Jahren	-	4	2	6
vor 3o-4o Jahren	1	1	-	2

Tabelle 12: Schizophrene Erkrankungen in der zweiten Lebenshälfte: Zahl der Schübe.

Zahl der Schübe	4o-44	45-49	über 5o	Summe
1. Schub	7	4	3	14
2. Schub	8	6	2	16
3. Schub	2	5	2	9
4. Schub	4	6	1	11
5. Schub	-	3	1	4
mehr als 5 Schübe	6	3	8	17
ohne Angaben	1	1	-	2

3o (41 %) der schizophrenen Patienten, die über 4o Jahre alt waren, zeigten in der ersten Lebenshälfte keinerlei Auffälligkeiten. Sie erkrankten alle erstmals zwischen dem 4o. und 5o. Lebensjahr. 16 dieser Patienten wiesen 2 und mehr Schübe nach dem 4o. Lebensjahr auf. Von den restlichen 14 Patienten sind 8 kurz vor der Einweisung zum ersten Mal psychotisch auffällig geworden, die übrigen schon einige Monate vorher, jedoch in einer so leichten Form, daß keine Einweisung erforderlich war. Eine Erstmanifestation nach dem 5o. Lebensjahr konnten wir in keinem Fall finden. Von den 8 Patienten, die kurz vor der Einweisung zum ersten Mal in ihrem Leben auffällig wurden, gehörten 7 der Gruppe der 4o-44jährigen an und einer der Gruppe der 45-49jährigen.

4. Selbstmordgedanken und -versuche.

Tabelle 13: Schizophrene Erkrankungen in der 2. Lebenshälfte: Selbstmordgedanken und -versuche.

	SMG		SMV		Patientenzahl	
	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.
4o - 44	2	1	1	-	19	9
45 - 49	4	1	1	-	19	9
über 5o	1	1	1	-	15	2

Alle Selbstmordversuche wurden von Frauen ausgeführt. Auch bei den Selbstmordgedanken überwogen die Frauen. Angaben zur Altersabhängigkeit sind aufgrund der geringen Patientenzahl nicht möglich.

5. Symptome bei schizophren Erkrankten der 2. Lebenshälfte.

Akute psychiatrische Syndrome.

(Zur Definition verweisen wir nochmals auf die einleitend genannten Kriterien.)

Tabelle 14: Schizophrene Erkrankungen der 2. Lebenshälfte.
Akute psychiatrische Syndrome.

Alter	Wahn		Halluzination		Depression	
	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.
4o - 44	16	4	9	4	2	1
45 - 49	11	9	8	3	3	2
über 5o	12	2	6	1	2	-
Summe	39	15	23	8	7	3
	54 (74 %)		31 (43 %)		1o (14 %)	

Wahn:

Wahnhaftes fanden wir bei 54 (74 %) unserer schizophrenen Patienten und zwar bei:

2o (71 %) der 28 4o-44jährigen,

2o (71 %) der 28 45-5ojährigen,

14 (82 %) der 17 über 5o-jährigen.

Der Anteil der paranoiden Patienten lag bei den über 5o-jährigen um 1o % höher als bei den 4o-5ojährigen. In der Gruppe der 4o-45-jährigen traten bei den weiblichen Patienten paranoide Züge doppelt so häufig auf als bei den Männern, was der klinischen Erfahrung entspricht. Bei näherer Aufschlüsselung des Wahnhaften traten mit zunehmender Häufigkeit auf:

1. Verfolgungswahn:

   Mit 39 Fällen beschrieben die meisten Patienten - auch in den verschiedenen Altersgruppen - einen Verfolgungswahn. Bei etwa gleicher Geschlechtsverteilung fielen davon 3o Fälle auf weibliche (Gesamtteil der Frauen 53 von 73 Patienten) und 9 Fälle auf männliche Patienten (Gesamtteil der Männer 2o von 73 Patienten).

2. Versündigungswahn:

   Versündigungsideen sind nach WEITBRECHT (32) Konkretisierungen des Schuldgefühls, sie hängen inhaltlich von der ethisch-religiösen Wertwelt des Patienten oder von der geistigen Situation der Zeit ab. Solche Versündigungsgefühle, die weit über ein normales Maß der Reue hinweggingen, fanden wir bei 11 Patienten; hier waren es vor allem

die Frauen, die sich selbst anklagten.

3. Wahneinfälle.

In dieser Rubrik soll es sich um den nicht systematisierten Wahn handeln, wobei wir mehr oder weniger ungeordnet solche Patienten zusammenfassen, die für den Beobachter völlig unverständliche Dinge erzählen, indem sie sich für irgendeine Person halten oder zum Beispiel allgemein verständliche Ereignisse auf absurde Art interpretieren. Diese bei den 4o - 45jährigen gehäuft auftretenden Wahneinfälle hatten 19 unserer Patienten. Bei 7 dieser Patienten fanden wir Wahnwahrnehmungen; sie interpretierten Reales völlig wahnhaft und unverständlich.

4. Erkrankungswahn.

Von den 5 Patienten mit Erkrankungswahn waren 3 im Alter von 4o - 45 Jahren.

5. Verarmungswahn.

Wir fanden ihn in 4 Fällen; es handelte sich um 3 männliche und einen weiblichen Patienten.

6. Eifersuchtswahn.

Ein solches Bild fanden wir nur ein einziges Mal und zwar bei einer Frau.

Tabelle 15: Schizophrene Erkrankungen der 2. Lebenshälfte: Häufigkeit der Wahnsymptomatik.

	4o - 44 J.		45 - 49 J.		über 5o J.		Summe		insg.
	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	"
Verfolgungswahn	9	1	9	7	12	1	3o	9	39
Versündigungswahn	5	1	2	-	3	-	1o	1	11
Wahneinfälle	8	1	2	5	3	-	13	6	19
Erkrankungswahn	2	1	-	1	1	-	3	2	5
Verarmungswahn	-	1	1	1	-	1	1	3	4
Eifersuchtswahn	1	-	-	-	-	-	1	-	1

Halluzination.

31 (43 %) der schizophrenen Patienten, die über 4o Jahre alt waren, hatten solche Sinnestäuschungen. Sie kamen bei beiden Geschlechtern etwa gleich häufig vor. Auf die einzelnen Altersgruppen bezogen, fanden wir dieses Symptom bei:

13 (46 %) der 28 4o-44jährigen

11 (39 %) der 28 45-49jährigen

7 (41 %) der 17 über 5o-jährigen.

Am häufigsten, mit 34 Fällen (33 %), kamen akustische Halluzinationen vor, gefolgt von 1o (14 %) optischen, 4 (6 %) Geruchs- bzw. Geschmacks-

halluzinationen und 4 haptischen Trugwahrnehmungen. Bei den meisten Patienten war nur der Bereich eines Sinnesorgans getroffen, die restlichen boten vielseitige Bilder, wobei das gemeinsame Auftreten akustischer und optischer Halluzinationen am häufigsten war. Eine genaue Aufschlüsselung der 31 Patienten mit Halluzinationen ergab:

15 Fälle nur akustische Halluzinationen

4 Fälle akustisch-optische Halluzinationen

3 Fälle nur optische Halluzinationen

2 Fälle akustische und Geruchshalluzinationen

2 Fälle Geruchs- bzw. Geschmackshalluzinationen

2 Fälle akustisch-optisch-haptische Halluzinationen

1 Fall nur haptische Halluzinationen

1 Fall akustisch-haptische Halluzinationen

1 Fall optische und Geruchshalluzinationen.

Die Verteilung bei den von uns untersuchten Altersgruppen scheint gleichmäßig zu sein (vergl. Tab. 16).

Tabelle 16: Schizophrene Erkrankungen der 2. Lebenshälfte: Halluzinationen.

	akustische H.		optische H.		Geruchs-, Geschmacks-H.		haptische H.	
	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.
4o - 44 J.	7	3	3	1	3	-	1	-
45 - 49 J.	7	2	2	2	-	-	2	1
über 5o J.	4	1	2	-	1	-	-	-
Summe	24		1o		4		4	

Depression.

Bei 10 (14 %) der schizophrenen Patienten war die depressive Verstimmung das wesentliche psychopathologische Element. Am meisten waren die 45 - 49jährigen (mit 18 %) betroffen. Im Gesamtbild überwogen die Frauen um das Doppelte (7 weibliche, 3 männliche Patienten). Dies entspricht den Ergebnissen, die wir bei den hirnarteriosklerotisch bedingten Zuständen fanden.

Eine depressive Verstimmung bestand bei:

3 (11 %) der 28 4o-44jährigen

5 (18 %) der 28 45-49jährigen

2 (12 %) der 17 über 5o-jährigen.

Abbau- und Störsyndrome.

Dynamisches Verhalten:

22 Patienten (3o %) waren in ihrem Verhalten agitiert. Auffallend ist die starke Zunahme des agitierten Verhaltens nach dem 5o. Lebensjahr; hier waren es 9 der 17 Patienten. 15 Patienten (21 %) waren äußerst reduziert in ihrer Dynamik, wobei deutlich die jüngeren Patienten überwogen. In den restlichen Fällen (49 %) zeigten sich keine polaren Ausprägungen.

Tabelle 17: Schizophrene Erkrankungen der 2. Lebenshälfte: Dynamisches Verhalten.

	agitiert		dynamisch reduziert	
4o-44	8	29 %	6	21 %
45-49	5	18 %	5	18 %
über 5o	9	54 %	4	14 %

Angst.

19 Patienten (26 %) erzählten bei der Exploration, daß sie Angst hätten. Auch hier, wie bei den Patienten mit einer Arteriosklerosis cerebri, konnte dieses Gefühl nicht näher beschrieben werden. Jene motivlose Angst, daß "etwas passieren" kann, fanden wir bei den über 5o-jährigen am häufigsten.

6 (21 %) der 28 4o-44jährigen

6 (21 %) der 28 45-49jährigen

7 (41 %) der über 5o-jährigen.

Hypochondrie.

5 Patienten waren hypochondrisch, 4 davon waren 4o - 44 Jahre alt.

Tabelle 18: Symptome bei Schizophrenie.

	4o - 44			45 - 49			über 5o			Gesamtzahl		
Gesamtzahl	19	9	28	19	9	28	15	2	17	53	2o	73
	w.	m.	S.	w.	m.	S.	w.	m.	S.	w.	m.	S.
Wahn	16	4	2o	11	9	2o	12	2	14	39	15	54
Halluzination	9	4	13	8	3	11	6	1	7	23	8	31
Depression	2	1	3	3	2	5	2	-	2	7	3	1o
Dynamisches Verhalten:												
reduziert	4	2	6	4	1	5	3	1	4	11	4	15
agitiert	5	3	8	2	3	5	8	1	9	15	7	22
Angst	5	1	6	5	1	6	7	-	7	17	2	19
Hypochondrie	2	2	4	1	-	1	-	-	-	3	2	5
Mnestische St.	2	1	3	-	1	1	1	-	1	3	2	5
Schlafstörungen	5	1	6	2	1	3	3	-	3	1o	2	12

4. Zyklothymie.

KOLLE (11) definiert die Zyklothymie als eine "kreisförmig wiederkehrende Gemütskrankheit" bald als Melancholie, bald als Manie". Doch die wenigsten Verläufe entsprechen in ihrem Wechsel dieser alten Auffassung des "manisch-depressiven Irreseins".

So kommen Verläufe mit nur melancholischen Phasen am häufigsten vor, und manisch-depressive Verläufe häufiger als rein manische (KOLLE, 11). In den letzten Jahren beginnt sich nun die Meinung, die Gruppe der manisch-depressiven Zustände als eine Einheit zu betrachten, aufzulösen (MÜLLER, 18), wofür vor allem Verlaufsbesonderheiten und genetische Faktoren geltend gemacht werden.

Wie wir schon erwähnt haben, wollen wir die Patienten mit der Diagnose einer Involutionsdepression gesondert betrachten. Die Schwierigkeit dabei ist, daß die Stellung der Involutionsdepression nicht einhellig umrissen ist. Um den neuesten Vorschlägen der WHO zu entsprechen, haben wir aus dem Kreis der zyklothymen Patienten alle diejenigen herausgenommen, die zwischen dem 45. und 64. Lebensjahr eine Erstmanifestation zeigten, denn mit dieser Zeitspanne wird die Involution für beide Geschlechter definiert. (Der Nervenarzt 41, Heft 1, Jan. 197o, S. 5o-52).

Wir sprechen also von einer Zyklothymie, wenn die Erstmanifestation bis zum 45. Lebensjahr erfolgte, von einer Involutionsdepression, wenn die

Erstmanifestation zwischen dem 45. und 64. Lebensjahr geschah, und schließlich von einer (i.a. vasculär bedingten) Altersdepression, wenn die ersten depressiven Symptome jenseits des 65. Lebensjahres auftraten.

Längsschnittbetrachtung.

Bei der Betrachtung des gesamten bisherigen Krankheitsverlaufes von 68 zyklothymen Patienten ergab sich folgendes Bild:

35 Patienten mit monopolar-depressivem Verlauf,

15 Patienten mit einer depressiven Erstmanifestation (zwischen dem 4o. und 45. Lebensjahr),

9 Patienten mit bipolaren Verläufen,

8 Patienten mit atypischem Verlauf,

1 Patient mit monopolar-manischem Verlauf.

I. Typische Verläufe:

1. Bipolarer Verlauf: 9 Patienten (5 weiblich und 4 männlich), das sind 15 % der zyklothymen Patienten, hatten bisher sowohl manische als auch depressive Phasen. Beim letzten Krankenhausaufenthalt waren 6 dieser Patienten manisch und 3 depressiv.

2. Monopolarer Verlauf: Ein einziger Patient zeigte immer nur manische Phasen. Von den restlichen 5o immer nur depressiven Patienten hatten 35 mehr als eine Phase.

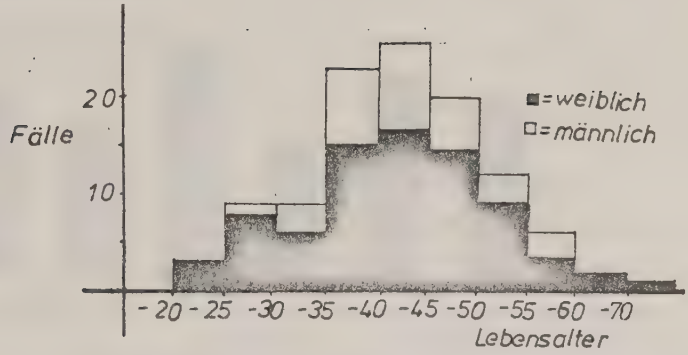
II. Atypische Verläufe.

8 Patienten (12 %) waren atypisch in ihrem Verhalten. Sie waren alle depressiv, aber eine sichere Abgrenzung zur Schizophrenie war nicht möglich. Alle 8 Patienten befanden sich zwischen dem 45. und 55. Lebensjahr, was sie zum Teil auch zu den Involutionsdepressionen einreihen würde. Sie hatten allerdings Wahnideen, die in ihrem Inhalt oft denen der schizophrenen Patienten ähnelten.

III. Ersterkrankungen.

Insgesamt zeigten 15 Patienten eine erste Phase zwischen dem 4o. und 45. Lebensjahr. Das sind 58 % der vorgenannten Altersgruppe. Es scheint etwas hypothetisch, die als Häufung einer von der Involutionsdepression abzugrenzenden Zyklothymie zu betrachten, wenn man die große Zahl der nun sich anschließenden Involutionsdepressionen bedenkt. Hier zeigt sich vor allem das Künstliche der aus praktischen Gründen notwendigen Trennung.

1. Altersverteilung:



Gesamtzahl: 68; davon 48 weiblich und 2o männlich.

Abb. 7: Zyklothyme Erkrankungen der 2. Lebenshälfte: Altersverteilung.

Die Grafik zeigt ein Überwiegen der Frauen im gesamten Krankheitsbild.

2. Aufenthaltsdauer und Entlassung:

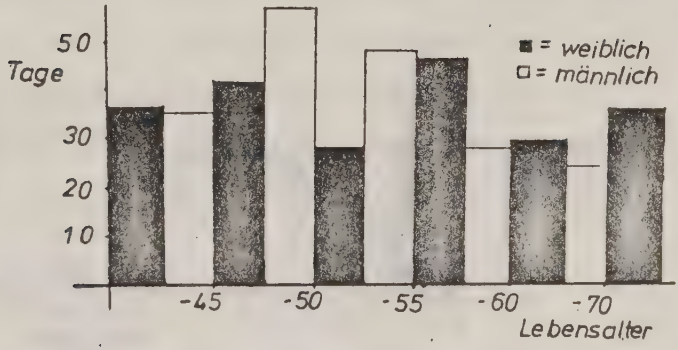


Abb. 8: Zyklothyme Erkrankungen der 2. Lebenshälfte: Aufenthaltsdauer.

Hier betrug die Durchschnittsaufenthaltsdauer 38 Tage. Ein Patient starb, alle übrigen wurden nach Hause entlassen.

3. Manifestation und Verlaufsform:

Bei der jetzigen Einweisung waren 53 von 68 zyklothymen Patienten depressiv, 7 manisch und 8 zeigten ein atypisches Verhalten. Eine genaue Aufschlüsselung ergibt:

Tabelle 19: Zyklothyme Erkrankungen der 2. Lebenshälfte: Altersspezifische Verteilung der jetzigen Verlaufsform.

	depressiv		manisch		atypisch	
	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.
40 - 44 J.	17	9	-	-	-	-
45 - 49 J.	11	2	1	2	3	1
50 - 54 J.	6	2	1	-	2	2
55 - 59 J.	2	2	2	-	-	-
60 - 69 J.	1	-	1	-	-	-
über 70 Jahre	1	-	-	-	-	-
Summe	38	15	5	2	5	3
	53		7		8	

Die meisten (26 von 53; das sind 52 %) unserer zyklothymen+) Patienten der 2. Lebenshälfte erkrankten zum erstenmal zwischen dem 40. und 45. Lebensjahr.

+) depressiven

Im übrigen erkrankten erstmals depressiv:

15 Patienten (28 %) zwischen dem 35. - 4o. Lebensjahr,

6 Patienten (11 %) zwischen dem 3o. - 35. Lebensjahr,

3 Patienten (6 %) zwischen dem 2o. - 3o. Lebensjahr,

1 Patient zwischen dem 15. und 2o. Lebensjahr.

Bei 2 Patienten lagen keine Angaben vor.

Bei den depressiven Patienten betrug die Zeitspanne zwischen der Erstmanifestation und der jetzigen Einweisung bei:

6 Patienten (11 %) über 2o Jahre,

5 Patienten (9 %) 15 - 2o Jahre,

8 Patienten (15 %) 1o - 15 Jahre,

8 Patienten (15 %) 5 - 1o Jahre,

1o Patienten (19 %) 2 - 4 Jahre,

6 Patienten (11 %) 1 Jahr.

8 Patienten (15 %) waren erst kurz vor der Einweisung zum erstenmal auffällig geworden.

Bei 2 Patienten lagen keine Angaben vor.

14 Patienten (26 %) hatten bisher erst eine Phase, 13 Patienten hatten 2 Phasen, 1o Patienten 3 und 14 Patienten hatten mehr als 3 Phasen. Bei 2 Patienten fehlten die Angaben. (Die Zahlen gelten wiederum für die Diagnose der zyklothymen Depression).

4. Selbstmordgedanken und -versuche.

Tabelle 2o: Zyklothyme Erkrankungen der 2. Lebenshälfte: Selbstmordgedanken und -versuche.

	SMG		SMV		Patientenzahl	
	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.
4o - 44	5	1	3	1	17	9
45 - 49	2	1	3	-	11	2
5o - 54	1	-	-	1	6	2
55 - 59	1	-	-	-	2	2
über 6o	-	-	-	-	2	-
Summe	9	2	6	2	38	15
	11		8		53	

11 Patienten (21 %) äußerten Selbstmordgedanken und 8 Patienten (15 %) unternahmen einen Selbstmordversuch, wobei die Frauen jeweils überwogen. Bei den 8 atypischen Verläufen lagen keine Selbstmordgedanken bzw. -versuche vor.

5. Symptome:

Depressive Verstimmung.

Kurt SCHNEIDER (25) nennt die zyklothyme Depression "den Pol, von dem aus man in der täglichen Diagnostik ziemlich verläßlich die schizophrenen Formen abstoßen kann". Sie ist wesentlich häufiger als

die zyklothyme Manie (WEITBRECHT, 3o; MÜLLER, 26). Wir fanden sie bei 4o (59 %) von 68 Patienten mit der Diagnose einer Zyklothymie. In der Häufigkeit ergab sich kein geschlechtsspezifischer Unterschied.

Manie.

7 Patienten (1o %) waren beim letzten Aufenthalt manisch. Ein männlicher Patient hatte bisher immer nur manische Phasen. Die restlichen 6 Patienten hatten bereits sowohl manische als auch depressive Phasen durchgemacht.

Wahn.

21 Patienten (31 %) hatten wahnhafte Vorstellungen. Dabei überwogen die männlichen Patienten (45 %) auffallend gegenüber den weiblichen (25 %). Gleiches hatten wir auch bei den schizophrenen Patienten festgestellt.

Die Hälfte der zyklothymen Patienten mit depressiven Wahnbildern litt unter Schuldgefühlen, wobei sich die Patienten vorwarfen, irgendwann in ihrem Leben etwas unwiderruflich verdorben oder versäumt zu haben. Diese Schuldgefühle steigerten sich dann oft bis zu einem Versündigungswahn, der auch nach Kurt SCHNEIDER (25) der häufigste der zyklothymen Depressionen ist. Von diesen Schuldgefühlen trennen wir

den Insuffizienz- oder Minderwertigkeitswahn ab, der an 2. Stelle erschien. Hier waren die Patienten von dem Gedanken besessen, zu nichts mehr nütze zu sein. Am dritthäufigsten fanden wir einen Erkrankungswahn, bei dem sowohl die Sorge um den Leib als auch um die Seele im Vordergrund standen. Er kam ähnlich dem Minderwertigkeitswahn bei männlichen Patienten häufiger vor. Einen typischen Verarmungswahn, bei dem die Sorge um das tägliche Brot dominierte, fanden wir bei 2 Patienten.

Tabelle 21: Zyklothyme Erkrankungen der 2. Lebenshälfte: Altersspezifische Verteilung der einzelnen Wahninhalte.

	Schuld		Minder-wertigkeit		Erkrankung		Verarmung		Zyklothyme Pat. mit Wahn		
	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	Summe
40-44	2	2	1	3	1	4	-	1	5	6	11
45-49	3	1	-	1	1	-	1	-	5	1	6
50-54	-	-	1	-	-	-	-	-	1	-	1
55-59	-	1	-	-	-	-	-	-	-	2	2
60-69	1	-	1	-	-	-	-	-	1	-	1
	6	4	3	4	2	4	1	1	12	9	21
	10		7		6		2				

Lokalisierte Vitalstörungen.

Wollte man versuchen, bei der Zyklothymie gleich wie bei der Schizophrenie von Symptomen verschiedenen Ranges zu reden, so könnte man hier, wenn überhaupt möglich, nach Kurt SCHNEIDER (25) die "vitale Verstimmung" als Symptom ersten Ranges werten. Auch WEITBRECHT (3o, 31, 32) nennt als ein wesentliches Symptom die "vitale Grundstörung", wobei er sie definiert als "leibliche Gemeinempfindungen, die nicht bestimmten Körperorganen zugeordnet sind." Wir haben hier aber diejenigen Patienten herausgesucht, bei denen solche Störungen auf bestimmte Körperregionen lokalisiert sind. So projizierten 17 unserer Patienten (25 %) solche Mißempfindungen auf Körperteile, wobei die weiblichen Patienten es mit 33 % wesentlich häufiger als die Männer (5 %) taten.

Tagesschwankungen.

Tagesschwankungen zu Gunsten des Abends beschrieben die meisten Autoren, wobei WEITBRECHT (3o) sie als "Phasenwechsel im Zeitraffertempo" deutet. 23 (34 %) der zyklothymen Patienten erzählten, daß sie sich abends wesentlich besser fühlten als morgens. Einen geschlechtsspezifischen Unterschied stellten wir nicht fest; mit zunehmendem Alter trat dieses Symptom wesentlich weniger auf.

Dynamisches Verhalten.

37 Patienten (54 %) waren gehemmt und 9 (13 %) agitiert in ihrem Verhalten. Dabei verstehen wir unter Hemmung ein reduziertes, psychomotorisches Verhalten, wie der Untersuchende es unmittelbar wahrnimmt und es der Kranke von innen gesehen schildert (WEITBRECHT, 3o), meist in Form extremer Antriebslosigkeit und Unlust. Die 9 agitiert-depressiven Patienten zeigten im Gegensatz zu den manischen eine mehr ängstliche Betriebsamkeit und Unruhe bei trauriger Verstimmung. Was den Geschlechtsunterschied betrifft, so zeigte sich lediglich bei dem agitierten Verhalten ein deutliches Überwiegen der männlichen Patienten (von 48 Frauen waren nur 5; von 2o Männern jedoch 4 agitiert).

Angst.

Jene motivlose Angst, die wir auch bei den bisher abgehandelten Psychosen fanden, traf auf 21 % der zyklothymen Patienten zu (und zwar bei 1o von 48 Frauen und bei 4 von 2o Männern).

Innere Unruhe.

12 Patienten (18 %) klagten über innere Unruhe. WEITBRECHT (32) faßt dies - neben der vitalen Grundstörung - als zweites ausschlaggebendes Symptom für eine Zyklothymie auf. Wir fanden sie bei den Männern häufiger als bei den Frauen (und zwar bei 5 von 2o Männern, aber nur bei 7 von 48 Frauen).

4 Patienten (6 %), 2 Männer und 2 Frauen, erwiesen sich bei der Exploration als stark hypochondrisch.

Tabelle 22: Symptome bei Zyklothymie.

	4o - 44			45 - 49			5o - 54			55 - 59			über 70			Gesamtzahl		
	w.	m.	S.	w.	m.	S.	w.	m.	S.	w.	m.	S.	w.	m.	S.	w.	m.	S.
	17	9	26	15	5	2o	9	4	13	4	2	6	3	o	3	48	2o	68
Depression	13	7	2o	8	1	9	4	2	6	2	2	4	1	o	1	28	12	4o
Wahn	5	6	11	5	1	6	1	-	1	-	2	2	1	-	1	12	9	21
Vitalstörung	3	1	4	5	-	5	6	-	6	2	-	2	-	-	-	16	1	17
Manie	-	-	-	1	2	3	1	-	1	2	-	2	1	-	1	5	2	7
Tagesschwankungen	9	4	13	5	-	5	3	2	5	-	-	-	-	-	-	17	6	23
Dynamisches Verhalten:																		
reduziert:	15	6	21	5	2	7	3	1	4	2	1	3	1	1	2	26	11	37
agitiert:	1	2	3	3	-	3	1	1	2	-	1	1	-	-	-	5	4	9
Angst	2	2	4	4	-	4	2	1	3	2	1	3	-	-	-	1o	4	14
Innere Unruhe	3	2	5	2	-	2	3	-	3	2	-	2	-	-	-	7	5	12
Hypochondrie	1	1	2	1	-	1	-	1	1	-	-	-	-	-	-	2	2	4
Grundloses Weinen	9	4	13	5	-	5	2	-	2	1	-	1	-	-	-	16	5	21
Schlaflosigkeit	8	3	11	2	-	2	4	1	5	-	2	2	1	1	2	15	7	22
appetitlos	8	1	9	3	-	3	3	1	4	2	1	3	-	-	-	16	3	19
Obstipation	4	3	7	3	-	3	-	-	-	2	-	2	-	-	-	9	3	12
Kopfschmerz	1	2	3	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	3	4
Mnestische Störg.	-	2	2	1	-	1	1	-	1	-	-	-	-	-	-	2	2	4
Atypische Fälle	-	-	-	3	1	4	2	2	4	-	-	-	-	-	-	5	3	8

Grundloses Weinen.

Dieses Symptom fanden wir sehr häufig. 21 Patienten (31 %) fingen bei der Exploration spontan an zu weinen (und zwar 16 von 48 Frauen und 5 von 2o Männern).

Andere Symptome.

Hier haben wir eine Reihe verschiedener Symptome zusammengefaßt, die für dieses Krankheitsbild nicht spezifisch sind, aber durch ihre Häufigkeit (gegenüber den bisher abgehandelten Psychosen) auffielen.

Schlaflosigkeit:
22 Patienten (32 %) konnten nicht ein- oder durchschlafen (und zwar 15 von 48 Frauen und 7 von 2o Männern).

Appetitlosigkeit:
19 Patienten (28 %) hatten keinen Appetit (und zwar 16 von 48 Frauen und 3 von 2o Männern).

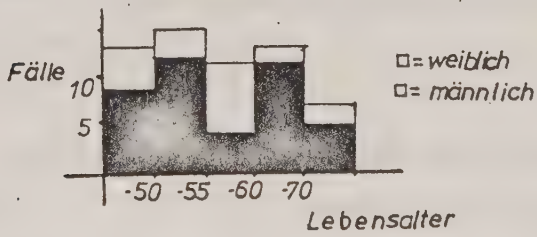
Obstipation:
12 Patienten (18 %) waren obstipiert (und zwar 9 von 48 Frauen und 3 von 2o Männern).

Kopfschmerzen:
4 Patienten (6 %) gaben an, häufiger unter Kopfschmerzen zu leiden.

5. Involutionsdepression.

Hier führen wir nun - wie schon erwähnt - diejenigen Patienten auf, die erstmals zwischen dem 45. und 64. Lebensjahr eine depressive Phase hatten. Dabei versuchen wir festzustellen, ob eine unterschiedliche Symptomatik zur zyklothymen Depression mit ersten Phasen vor dem 45. Lebensjahr für ein eigenständiges Krankheitsbild spricht.

1. Altersverteilung:



Gesamtzahl: 59; davon 41 Frauen und 18 Männer.

Abb. 9: Altersverteilung bei Involutionsdepressionen.

2. Aufenthaltsdauer und Entlassung:

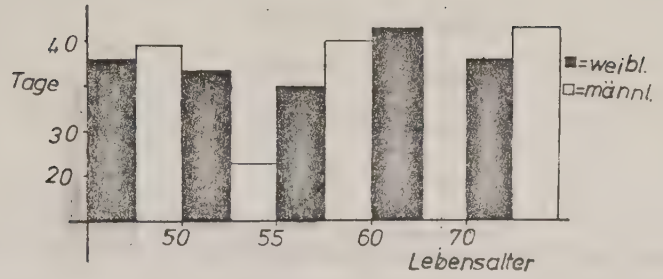


Abb. 1o: Aufenthaltsdauer bei Involutionsdepressionen.

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer betrug 38 Tage.

Alle Patienten wurden nach Hause entlassen.

3. Erstmanifestation und Verlaufsform:

Die meisten der involutiv-depressiven Patienten erkrankten zum erstenmal zwischen dem 45. und 5o. Lebensjahr. Eine genaue Aufschlüsselung ergibt:

17 Patienten (28 %) zwischen dem 45. und 49. Lebensjahr,

16 Patienten (27 %) zwischen dem 5o. und 54. Lebensjahr,

14 Patienten (24 %) zwischen dem 55. und 59. Lebensjahr,

12 Patienten (2o %) zwischen dem 6o. und 64. Lebensjahr.

Die Zeitspanne zwischen der Erstmanifestation und der jetzigen Einweisung betrug bei

2 Patienten 15 - 2o Jahre,

2 Patienten 1o - 15 Jahre,

6 Patienten 5 - 1o Jahre,

22 Patienten 2 - 4 Jahre,

1o Patienten 1 Jahr

17 Patienten führten erstmalige Auffälligkeiten zur stationären Einweisung.

17 Patienten hatten zur Zeit der Behandlung eine erste Phase; je 13 Patienten eine 2. bzw. 3. Phase und 8 Patienten hatten mehr als 3 Phasen.

4. Selbstmordgedanken und -versuche.

Tabelle 23: Selbstmordgedanken und -versuche bei Involutionsdepressionen.

	SMG		SMV		Patientenzahl		
	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	Summe
45 - 49	3	1	2	1	9	4	13
5o - 54	-	-	4	-	12	3	15
55 - 59	-	2	-	2	4	7	11
über 6o	2	-	4	1	16	4	20
Summe	5	3	1o	4	41	18	59
	8		14				

Hier fällt auf, daß die Patienten mit einer Involutionsdepression häufiger einen SMV unternahmen (14 Patienten) als sie Selbstmordgedanken angaben (8 Patienten).

5. Symptome:

Depression.

42 Patienten (71 %) boten das Bild einer vordergründigen tiefen depressiven Verstimmung, wobei die Frauen mit 77 % gegenüber den Männern mit 61 % deutlich überwogen (31 von 41 Frauen, jedoch 11 von 18 Männern).

Wahn.

Unsere Vermutung, daß Involutionsdepressionen wesentlich blander verlaufen als zyklothyme Depressionen hat sich nicht bestätigt. Depressive Wahnbilder fanden wir bei 36 %. Hier - wie bei den zyklothymen Patienten - überwogen die Männer mit 68 % deutlich gegenüber den Frauen mit nur 24 % (11 von 18 Männern, jedoch nur 1o von 41 Frauen). Die Reihenfolge in der Häufigkeit der einzelnen Wahninhalte entsprach derjenigen, die wir bei den zyklothymen Patienten fanden.

(Tab. 24 s. S. 69).

Tabelle 24: Patienten mit Wahnbildern und Häufigkeit der einzelnen Wahninhalte bei Involutionsdepressionen.

	Schuld		Minderwertigkeit		Erkrankung		Verarmung		Involutionsdepressive Patienten mit Wahn		
	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	Summe
45 - 49	1	-	2	1	-	-	-	-	2	1	3
5o - 54	3	-	-	-	2	-	-	-	5	1	6
55 - 59	-	1	1	2	-	1	-	-	1	4	5
6o - 69	-	1	-	1	-	-	-	1	-	3	3
über 7o	2	-	-	-	1	1	-	1	2	2	4
	6	2	3	4	2	2	-	2	1o	11	21
	8		7		4		2				

Vitalstörungen.

Ebenso häufig wie bei den zyklothymen Patienten fanden wir dieses Symptom bei 19 (32 %) der Patienten. Die weiblichen Patienten überwogen auch hier mit 37 % gegenüber 22 % der männlichen Patienten (15 weiblich und 4 männlich).

Tagesschwankungen.

Bei unseren involutionsdepressiven Patienten lag dieses Symptom mit 34 % (2o Patienten, 14 weiblich, 6 männlich) weniger häufig vor als bei den zyklothymen Patienten. Dort waren es 44 %.

Dynamisches Verhalten.

33 (63 %) der Patienten waren gehemmt und 12 (2o %) agitiert, wobei im ersten Fall die weiblichen und im zweiten Fall die männlichen Patienten überwogen.

Angst.

Ebenso häufig wie bei den zyklothymen Patienten kam mit etwa 27 % dieses Symptom vor, jedoch sprachen hier fast doppelt so viele weibliche wie männliche Patienten von ihren Angstgefühlen (15 Patienten, davon 12 weiblich und 3 männlich).

Innere Unruhe.

5 Patienten (9 %) klagten, bei fast gleicher Geschlechtsverteilung, über dieses Symptom.

Hypochondrie.

3 Patienten (5 %) waren hypochondrisch (eine Frau und zwei Männer).

Grundloses Weinen.

19 Patienten (32 %) weinten grundlos; und wiederum hier, wie bei den zyklothymen Patienten, mit 39 % mehr weibliche als männliche Patienten mit nur 17 % (16 Weibliche und 3 männliche Patienten).

Andere Symptome:

Schlaflosigkeit.

22 Patienten (36 %) waren schlaflos, dabei überwogen mit 39 % die Frauen gegenüber den Männern mit 33 % (16 weibliche und 6 männliche Patienten).

Appetitlosigkeit.

2o Patienten (34 %), davon 16 Frauen (39 %) und 4 Männer (22 %) hatten keinen Appetit.

Obstipation.

22 Patienten (37 %) waren obstipiert, davon 16 Frauen (39 %) und 6 Männer (22 %).

Kopfschmerzen.

6 Patienten (1o %), alle weiblich, klagten über Kopfschmerzen.

Tabelle 25: Symptome bei Involutionsdepressionen.

	45 - 49			5o - 54			55 - 59			6o - 69			über 7o			Gesamtzahl		
	w.	m.	S.	w.	m.	S.	w.	m.	S.	w.	m.	S.	w.	m.	S.	w.	m.	S.
	9	4	13	12	3	15	4	7	11	11	2	13	5	2	7	41	18	59
Depression	8	2	1o	9	2	11	1	4	5	8	1	9	5	2	7	31	11	42
Wahn	2	1	3	5	1	6	1	4	5	-	3	3	2	2	4	1o	11	21
Vitalstörg.	3	1	4	4	1	5	3	1	4	3	-	3	2	1	3	15	4	19
Tagesschwank.	4	2	6	6	-	6	2	3	5	1	-	1	1	11	2	14	6	2o
Dynamisches Verhalten:																		
reduziert:	5	3	8	9	-	9	2	5	7	4	2	6	2	1	3	22	11	33
agitiert:	2	2	4	3	-	3	1	-	1	2	-	2	1	1	2	9	3	12
Innere Unruhe	2	1	3	1	-	1	-	1	1	-	-	-	-	-	-	3	2	5
Motivlose Angst	4	-	4	5	-	5	-	1	1	3	-	3	-	2	2	12	3	15
Hypochondrie	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	1	1	2	1	2	3
Grundloses Weinen	6	1	7	6	-	6	1	-	1	2	1	3	1	1	21	16	3	19
Schlaflosigkeit	4	1	5	5	-	5	4	4	8	3	-	3	-	1	1	16	6	22
Appetitlos	3	1	4	4	1	5	3	2	5	5	-	5	1	-	1	16	4	2o
Obstipation	4	1	5	4	1	5	1	3	4	6	-	6	1	1	2	16	6	22
Kopfschmerz	1	-	1	2	-	2	-	-	2	-	-	2	1	-	1	6	-	6
Mnestische Störungen	1	1	2	1	-	1	1	1	2	1	1	1	-	-	-	3	3	6

C. DISKUSSION UND ZUSAMMENFASSUNG

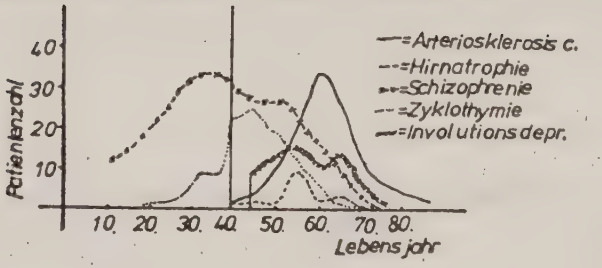


Abb. 11: Altersverteilung der einzelnen Krankheitsbilder.

Die Schizophrenie hat ihren Gipfel in der 1. Lebenshälfte und nimmt in ihrer Häufigkeit bis zum 60. Lebensjahr ab. Die Zyklothymie tritt im allgemeinen erst später auf und hat ihren Höhepunkt zu Beginn der 2. Lebenshälfte. Würde man die Involutionsdepression nicht von der Zyklothymie trennen, so wäre deren Gipfel noch breiter, ungefähr um ein Jahrzehnt. Die Hirnatrophien haben ihren Höhepunkt um das 60. und die Arteriosklerosis cerebri etwas später, um das 65. Lebensjahr.

Aufenthaltsdauer.

Im Durchschnitt betrug die Aufenthaltsdauer bei den einzelnen Krankheitsbildern:

Arteriosklerosis cerebri	35 Tage
Hirnatrophien	32 Tage
Schizophrenie	34 Tage
Zyklothymie	38 Tage
Involutionsdepression	38 Tage

In der Literatur haben wir Vergleiche zu diesen Werten nicht gefunden. Auch dürften solche nach WEITBRECHT (31) kaum verwertbar sein, da hier mehrere Momente, besonders ein wirtschaftliches, eine Rolle spielen.

Bei den Gehirnprozessen fanden wir den längsten Aufenthalt im 8. Dezennium, bei den endogenen Psychosen um das 45. Lebensjahr. Bei dem Krankheitsbild der Arteriosklerosis cerebri fiel ein längerer Aufenthalt der weiblichen Patienten zwischen dem 55. und 65. Lebensjahr auf.

Erstmanifestation.

Die größte Zeitspanne zwischen Erstmanifestation und jetziger Krankenhauseinweisung fand sich erwartungsgemäß bei den schizophrenen Patienten. Mehr als die Hälfte der über 4ojährigen schizophrenen Patienten ist seit 5 - 2o Jahren auffällig; die Erstmanifestation trat in etwa 41 % der Fälle in der 2. Lebenshälfte auf. Nur bei 8 von 73 schizophrenen Patienten lag zur

Zeit der Einweisung eine Ersterkrankung vor.

Auch bei den zyklothymen Patienten war der weitaus größere Teil schon seit 5 - 2o Jahren auffällig. Dabei lag der Gipfel der Erstmanifestation im Gegensatz zur Schizophrenie um das 4o. Lebensjahr; auch führte bei einem größeren Teil der Patienten eine Erstmanifestation zur jetzigen Einweisung.

Ganz anders bei den Patienten mit einer Involutionsdepression. Hier erkrankten 4/5 aller Patienten innerhalb der letzten 5 Jahre; bei allein 1/3 erfolgte die augenblickliche Einweisung wegen einer ersten Erkrankung. Der Gipfel der Erstmanifestation lag um das 5o. Lebensjahr. Noch kürzer war die Krankheitsdauer bei den arteriosklerotischen Patienten. Nur 1/3 dieser Gruppe war schon länger als ein Jahr erkrankt. Bei etwa 4o % traten erste Symptome erst kurz vor der jetzigen Einweisung auf. Hier fiel im Gegensatz zu allen Krankheitsbildern auf, daß die Zeitspanne der Erkrankung mit zunehmendem Alter kürzer wurde.

Selbstmordgedanken und -versuche.

		SMG	SMV
Gesamtzahl	3o8	4o (16 %)	31 (1o %)
weiblich	193	28 (15 %)	21 (11 %)
männlich	115	12 (1o %)	1o (9 %)

4o Patienten hatten Selbstmordgedanken und 31 unternahmen einen Versuch. Soweit faßbar, hatten die männlichen Patienten weniger Selbstmordgedanken und unternahmen auch seltener einen Versuch. Die Unterschiede sind allerdings nicht signifikant. Das gilt auch für die Untersuchungen von WERNER (33). Dort verübten 46 (11 %) von 436 weiblichen Patienten und 38 (9 %) von 417 männlichen Patienten einen Selbstmordversuch. Das untersuchte Krankengut betraf jedoch im Unterschied zu dem unsrigen alle Altersklassen.

Tabelle 26: Häufigkeit der Selbstmordgedanken bei den einzelnen Krankheitsbildern.

	weibl.	männl.	Summe	von weibl.	männl.	Summe
Arteriosklerosis cerebri	7	4	11 (9 %)	62	62	124
Schizophrenie	7	3	1o (14 %)	53	2o	73
Zyklothymie	9	2	11 (21 %)	37	15	52
Involutions-depression	5	3	8 (14 %)	41	18	59

Tabelle 27: Häufigkeit der Selbstmordversuche bei den einzelnen Krankheitsbildern.

	weibl.	männl.	Summe	von	weibl.	männl.	Summe
Arteriosklerosis cerebri +)	2	4	6 (5 %)		62	62	124
	3	2	5 (7 %)		36	31	77
Schizophrenie	3	-	3 (4 %)		53	2o	73
	11	1o	21 (13 %)		89	7o	159
Zyklothymie	6	2	8 (15 %)		37	15	52
	9	6	15 (13 %)		68	47	115
Involutions-depression	1o	4	14 (24 %)		41	18	59

+) 1. Reihe = unsere Werte, die allerdings nur für die 2. Lebenshälfte gelten.

2. Reihe = Ergebnisse der Untersuchung von WERNER (33), die alle Altersgruppen erfaßt.

Auffallend ist, daß die zyklothymen Patienten am häufigsten Selbstmordgedanken hatten, die Patienten mit Involutionsdepressionen jedoch mit Abstand die meisten Suicidversuche unternahmen; ja, bei letzteren fanden wir sogar mehr Selbstmordversuche als Selbstmordgedanken. Die beiden Tabellen zeigen ebenfalls, daß die Patienten mit einer Arteriosklerosis cerebri, Schizophrenie oder Zyklothymie sich zwar mit Selbstmordgedanken beschäftigen, aber seltener einen entsprechenden Versuch unternahmen. So haben die schizophrenen

Patienten, mit denen wir uns beschäftigten, mit 14 % am zweithäufigsten Selbstmordgedanken; sie führten den Suicidversuch aber nur in 4 % aus (13 % bei WERNER, 33). Jedoch müssen wir darauf aufmerksam machen, daß wir die Zahl der gelungenen Selbstmordversuche nicht kennen. Geschlechtsspezifische Unterschiede sind aus den beiden Tabellen nicht zu ersehen.

Ein Überwiegen von Suicidversuchen in bestimmten Altersgruppen konnten wir aufgrund unserer geringen Patientenzahl, außer bei den Kranken mit einer Involutionsdepression, nicht feststellen. Dort unternahmen alle 7 Patienten zwischen 6o und 7o Jahren einen Suicidversuch.

Symptome.

Arteriosklerosis cerebri:

Wir haben 124 arteriosklerotische Patienten untersucht und festgestellt, daß das Auftreten von produktiven Psychosen mit dem Alter anstieg. Eine Ersterkrankung trat fast nie vor dem 5o. Lebensjahr auf. Damit wären diese Psychosen einer Regel von MEYER (13) zufolge richtig eingestuft: "Sind vor dem 6. Jahrzehnt körperlich nicht begründbare, d.h. sogenannte endogene Psychosen nicht beobachtet worden, so handelt es sich bei den nun auftretenden psychischen Störungen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit

um eine altersbedingte Veränderung". Von den "akuten psychiatrischen Symptomen" (im Sinne unserer Definition) traten bei beiden Geschlechtern die Depressionen am frühesten auf (entspricht MEYER, 14, 15), gefolgt von Wahnhaftem, und nur die ältesten Patienten boten Halluzinationen. Dies entspricht auch den ausführlichen Untersuchungen von OEHMICHEN (19). Weiterhin stellten auch wir bei den depressiven Zustandsbildern ein stärkeres Überwiegen der weiblichen Patienten fest, dabei fanden wir eine Häufung in den mittleren Lebensjahren mit kontinuierlicher Abnahme zum Greisenalter. Halluzinationen kamen bei den männlichen Patienten häufiger vor, Manische Formen kamen fast nie vor, was auch der Literatur entspricht (MEYER, 13; BLEULER, 3). Die weiblichen Patienten mit akuten psychiatrischen Symptomen waren durchschnittlich 5 Jahre jünger als die männlichen.

Bei den Abbau- und Störsyndromen traten insbesondere mnestische Störungen hervor, über die fast jeder zweite Patient klagte. Gleiches teilt OEHMICHEN (19) mit, nur gliedert er diese Störungen in Störungen der Merkfähigkeit (53 %) und des Gedächtnisses (32 %) auf. Mnestische Störungen häuften sich im 6. Dezennium und stiegen bis zum Alter kontinuierlich an. Wie OEHMICHEN (19), fanden auch wir bei einem Drittel aller Patienten die von uns ausführlich beschriebenen, multiformen und multiloculären Körperempfindungen. Sie waren gehäuft Kernpunkt in den Beschwerden jüngerer arteriosklerotischer Patienten. Über Schlafstörungen klagten vor allem die 60 - 70jährigen; hier lag im Vergleich zu OEHMICHEN (19), der einen doppelt so hohen Anteil

(43 %) an schlafgestörten Patienten fand wie wir, eine erhebliche Diskrepanz vor. Unsere Zahl von 23 % deckt sich mehr mit den Untersuchungen von FUNK (24 %; vergl. Tabelle 7). Gleiches gilt für die Demenz. Auch hier entspricht unser Ergebnis von 23 % mehr dem von FUNK (25 %) als dem von OEHMICHEN, der 4o % nennt. Den größten Anteil der dementen Patienten fanden wir, wie OEHMICHEN, bei den über 7ojährigen, wobei die Häufigkeit vom 5o. Lebensjahr an zunahm. In 13 Fällen fanden wir jene, so schwer zu beschreibende, motivlose Angst. Dieses Symptom nahm bis zum 7o. Lebensjahr zu, fiel aber bei den über 7ojährigen nicht mehr ins Gewicht. Eine Persönlichkeitsveränderung lag bei 2o % unserer Patienten vor, wobei die Männer, wie bei OEHMICHEN, überwogen.

Das Krankheitsbild einer Arteriosklerosis cerebri beginnt also in der Regel mit neuroasthenisch - depressiven Bildern, später gesellen sich paranoide Formen in gleicher Häufigkeit hinzu, während jenseits des 7o. Lebensjahres die Abbauerscheinungen dominieren, aber auch die halluzinatorischen Erkrankungen noch eine wesentliche Rolle spielen.

Schizophrenie.

Bei den 72 schizophrenen Patienten der 2. Lebenshälfte, die wir untersuchten, überwogen die weiblichen Patienten (53 weiblich, 2o männlich). Bei zwei Drittel aller Patienten fanden sich paranoide Symptome; 43 % boten Halluzinationen; 1o % befanden sich in einem depressiven

Zustand, wobei fast alle Sinnestäuschungen oder Wahnhaftes zusätzlich aufwiesen. Das häufigste paranoide Bild war der Verfolgungswahn; bei den halluzinatorischen Formen stellten wir rein akustische Trugwahrnehmungen am häufigsten fest. Auffallend war, daß 1/4 der Patienten über Angstgefühle klagte. Jeder 3. Patient war in seinem dynamischen Verhalten agitiert, bei den über 5ojährigen sogar jeder zweite. Zum anderen fanden wir die dynamisch reduzierten Patienten am meisten unter den 4o - 45jährigen (21 %). 16 % der Kranken klagten über Schlaflosigkeit, am meisten die Frauen.

Eine Erstmanifestation jenseits des 5. Dezenniums stellten wir in keinem Fall fest. Jedoch ist auffallend, daß 11 der 17 über 5ojährigen Patienten im Alter von 4o - 5o Jahren zum ersten Male krank wurden. Insgesamt zeigten 41 % der über 4ojährigen Patienten Symptome erstmals in der 2. Lebenshälfte. Auf alle schizophrenen Patienten bezogen (insgesamt wurden 253 schizophrene Patienten aufgenommen) sind es immerhin 12 %, die erstmals nach dem 4o. Lebensjahr auffällig wurden, davon 8 % zwischen dem 4o. und 45., die übrigen zwischen dem 45. und 5o. Lebensjahr.

Zyklothymie und Involutionsdepression.

Wir haben die Klagen der depressiven Patienten, die erstmals zwischen dem 45. und 64. Lebensjahr eine Depression hatten, den Klagen der Patienten, die vor dem 45. Lebensjahr erstmals depressiv waren, gegenübergestellt. Die erste Gruppe faßten wir unter dem Begriff der Involutionsdepression zusammen; bei der zweiten Gruppe handelte es sich um echte Zyklothymien im herkömmlichen Sinn.

1. Ein wesentlicher psychopathologischer Unterschied bei den beiden Gruppen besteht nicht. Ein geringeres Vorkommen von depressiven Patienten (sowie solchen mit reduziertem dynamischen Verhalten) bei der Zyklothymie ist darauf zurückzuführen, daß in dieser Gruppe auch manische und atypische Verläufe auftauchen, wohingegen bei der Gruppe der Involutionsdepressionen definitionsgemäß nur (akut- bzw. bland-) depressive Formen erscheinen. Auffallend ist, daß zyklothyme Patienten doppelt so häufig über das Erlebnis einer inneren Unruhe klagten; involutiv-depressive Patienten waren häufiger agitiert in dem zu beobachtenden Verhalten (und berichteten doppelt so häufig über Obstipationen). Beim Betrachten der Tabelle 28 ist jedoch keine Richtschnur in der Verteilung der Symptome zu erkennen, die eine weitergehende nosologische Aussage erlauben würde, wie zum Beispiel daß bei den involutiv-depressiven Patienten blande Symptome (Kopfschmerz, Obstipation, Schlaflosigkeit, innere Unruhe, usw.) und bei den zyklothymen Patienten massivere Symptome (Depression,

veränderte dynamisches Verhalten, Vitalstörung, Wahn, usw.) überwiegen. So kann die Frage, ob überhaupt zwischen den Krankheitsbildern ein nosologischer Unterschied besteht, (abgesehen von der oben geschilderten Suicidalität bei beiden Krankheitsbildern) nicht beantwortet werden. Nur das unterschiedliche Verhalten der Suicidalität ist höchst auffällig.

2. Auffallend ist ferner, daß das Alter der Erstmanifestation bei 52 % aller zyklothymen Patienten zwischen dem 4o. und 45. Lebensjahr lag. Da zum anderen die involutiv-depressiven Patienten - mit fast 1/3 - am häufigsten zwischen dem 45. und 5o. Lebensjahr erkrankten, ist anzunehmen, daß das 5. Jahrzehnt besonders gefährdet ist.

3. Die Zahl der Phasen ist zwar bei den involutiv-depressiven Patienten niedriger, doch hatten etliche involutiv-depressive Patienten, die im Alter (z.B. mit 6o Jahren) erstmals psychotisch auffällig wurden, anschließend deutliche Phasen mit symptomfreien Intervallen, was nach WEITBRECHT (3o) die Diagnose einer Rückbildungspsychose in Frage stellt. (Er hält die Diagnose einer depressiven oder paranoiden Rückbildungspsychose nur dann für vertretbar, wenn aus früheren Jahren keine Phasen nachweisbar sind und auch weiterhin keine Abwechslung zwischen

Psychosen und Remissionen erfolgt). 34 der 59 Patienten mit der Diagnose einer Involutionsdepression hatten jedoch noch weitere Phasen.

Demnach konnten wir in unseren Krankengut keinen wesentlichen Unterschied zwischen Involutionsdepression und zyklothymer Depression feststellen.

Tabelle 28: Vergleich der Krankheitsbilder Zyklothymie und Involutionsdepression in Prozent.

	Zyklothymie			Involutionsdepression		
	weibl.	männl.	Summe	weibl.	männl.	Summe
1. Depression	58	6o	59	76	61	71
2. Reduziert. Verhalt.	55	55	54	54	61	63
3. Tagesschwankungen	35	3o	34	34	33	34
4. Schlaflosigkeit	31	36	32	39	33	36
5. Spontanes Weinen	33	25	31	39	17	32
6. Wahn	25	45	31	24	68	39
7. Appetitlosigkeit	33	15	28	39	22	34
8. Vitalstörungen	33	3	25	37	22	32
9. Motivlose Angst	21	2o	21	32	17	25
1o. Innere Unruhe	15	25	18	7	11	9
11. Obstipation	18	15	18	39	33	37
12. Agitiertes Verhalt.	1o	2o	13	22	17	2o
13. Kopfschmerzen	2	15	6	15	-	1o
14. Hypochondrie	4	1o	6	-	11	5
15. Mnestische Störung.	4	1o	6	15	17	1o
16. Manie	1o	1o	1o	-	-	-

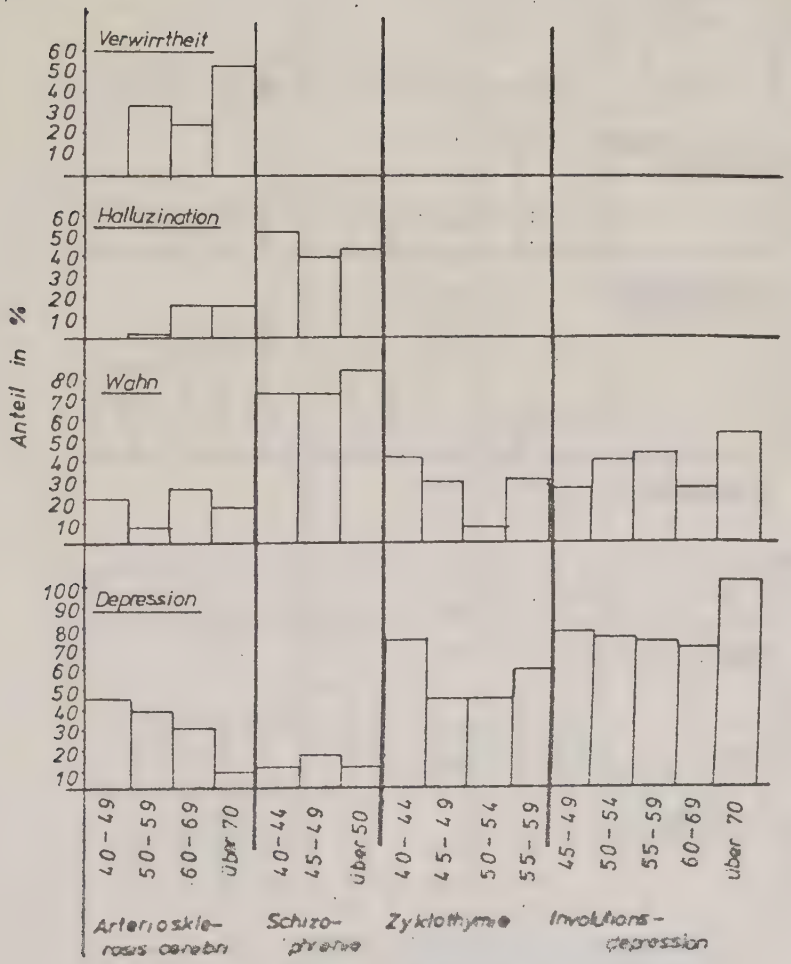
Abschließende Vergleiche:

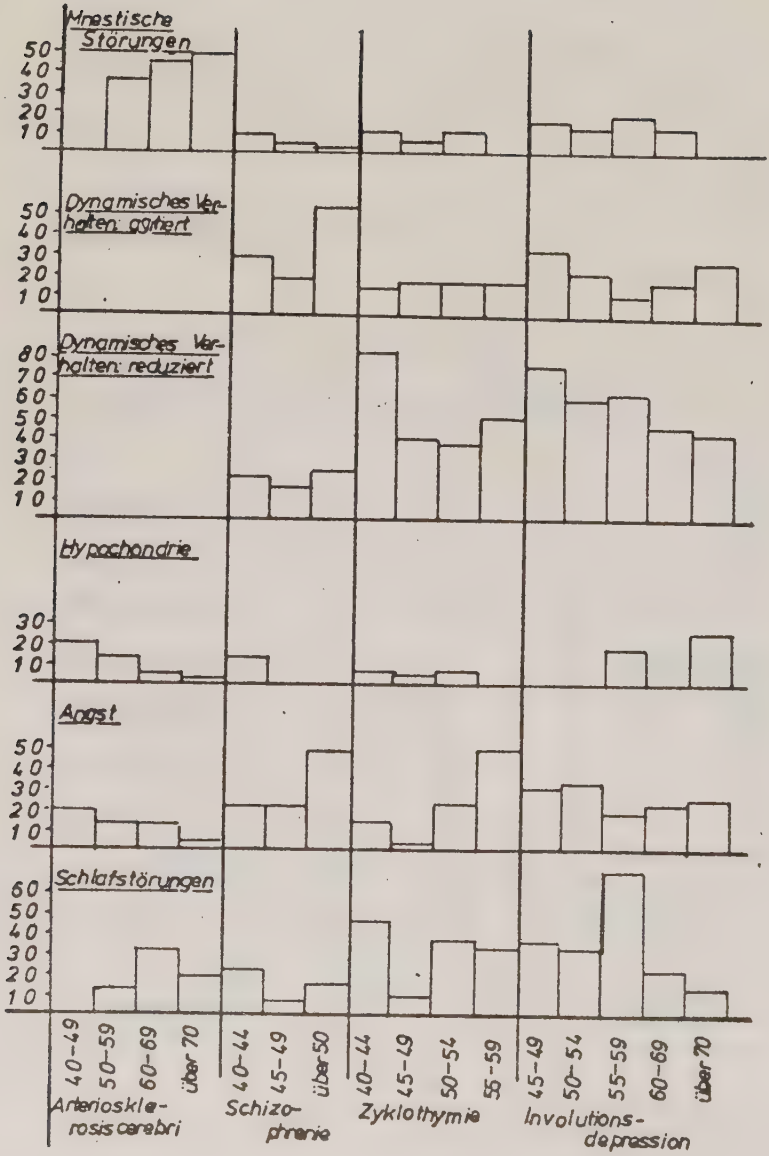
Wenn wir die Symptome der abgehandelten Krankheitsbilder vergleichend zusammenfassen, so ergibt sich folgende Tabelle:

Tabelle 29: Vergleich einiger Symptome aller behandelten Krankheitsbilder in Prozent (%).

	Arteriosklerosis cerebri	Hirn-atrophie	Schizo-phrenie	Zyklo-thymie	Involutions-depression
Wahn	16	15	74	31	39
Halluzination	11	-	42	-	-
Depression	27	25	14	59	71
Agitiertes Verhalten	-	-	3o	13	2o
Reduziertes Verhalten	-	-	2o	54	63
Motivlose Angst	13	1o	26	21	25
Hypochondrie	1	1o	7	6	5
Schlafstörungen	23	2o	16	32	36
Mnestische Störungen	44	6o	7	6	1o

Abb. 12: Vergleich einiger Symptome aller behandelten Krankheitsbilder in den einzelnen Altersgruppen.




Amnestische Störungen
Dynamisches Verhalten: gehemmt
Dynamisches Verhalten: reduziert
Hypochondrie
Angst
Schlafstörungen
40–49
50–59
60–69
über 70
Arteriosklerosis cerebri
40–44
45–49
über 50
Schizophrenie
40–44
45–49
50–54
55–59
Zyklothymie
45–49
50–54
55–59
60–69
über 70
Involutionsdepression

D. LITERATUR

1. ALSEN, V.: Endoforme Psychosyndrome bei cerebraler Durchblutungsstörung. Arch. Psychiat. Nervenkr. 200 (1960): 585

2. BECKER, H.: Über die Depression im Alter. Nervenarzt 35 (1964): 401

3. BLEULER, E.: Lehrbuch der Psychiatrie, Alterspsychosen. 10. Auflage, S. 201. Springer, Berlin - Göttingen - Heidelberg, 1965

4. BRONISCH, F.W.: Die psychischen Störungen des älteren Menschen. Ferdinand Enke, Stuttgart, 1962

5. BRONISCH, F.W.: Die endogenen Psychosen des höheren Lebensalters. Schweiz. Arch. Neurol. 83 (1958): 69

6. BRONISCH, F.W.: Psychopathologie des höheren Lebensalters. Schweiz. Arch. Neurol. 81 (1957): 105

7. FREUDENBERG, D.: Bevölkerungsstatistik in Beziehung zum Altersproblem. in: G. SCHETTLER: Alterskrankheiten, Georg Thieme, Stuttgart, 1966

8. GSELL, O.: Krankheiten der über 70-jährigen. Hans Huber, Stuttgart, 1964

9. HAASE, H.J.: Die wachsende Bedeutung des Alters für die Psychiatrie. Med. Klin. (1956): 2o15

1o. HOFF, H.: Lehrbuch der Psychiatrie 1, S. 13o. Benno Schwabe Verlag, Basel, 1956.

11. KOLLE, K.: Psychiatrie. G.Thieme, Stuttgart, 1967

12. MAYER-GROSS, W.: Psychiatrie ohne Alterspsychosen. Beobachtungen in Indien. zit. nach BRONISCH, F.W.: Die psychischen Störungen des älteren Menschen. Ferd.Enke, Stuttgart, 1962

13. MEYER, H.-H.: Verhaltensstörungen und psychische Krankheiten des alternden Menschen. Hippokrates 38 (1967): 352

14. MEYER, H.-H.: Psychische Störungen im höheren Lebensalter und ihre Behandlung. Fortschr. Med. 84 (1966): 471 u. 441

15. MEYER, H.-H.: Psychiatrische Symptomatik bei cerebralen Durchblutungsstörungen. Med. Welt 84 (1965): 733

16. MEYER, H.-H.: Seelische Störungen als akute Episoden im Verlauf einer Arteriosklerosis cerebri. Dtsch.med.Wschr. (1961): 396

17. MEYER, H.-H.: Die psychischen Erkrankungen des höheren Lebensalters. Dtsch.med.Wschr. (1956): 1591

18. MÜLLER, CH.: Alterspsychiatrie. Georg Thieme, Stuttgart, 1967

19. OEHMICHEN, M.: Die psychischen Störungen bei Arteriosklerosis cerebri. Med. Diss., Homburg-Saar, 1967

20. PETRILOWITSCH, N.: Probleme der Psychotherapie alternder Menschen. S. Karger, Basel, 1964

21. RUFFIN, H.: Das Altern und die Psychiatrie des Seniums. Psychiat.Gegenwart 2 (1960): 1088, Springer-Verlag, Heidelberg

22. SCHÄR, H.: Sozialmedizinische Aspekte des Alterns. in: G.SCHETTLER: Alterskrankheiten. Georg Thieme, Stuttgart, 1966

23. SCHIMMELPENNIG, G.: Die paranoiden Psychosen der zweiten Lebenshälfte. S. Karger, Basel, 1965

24. SCHMITZ, W.: Zur psychischen Dekompensation cerebraler arterieller Gefäßprozesse. Med. Klin. 6o (1965): 1773

25. SCHNEIDER, K.: Klinische Psychopathologie. Georg Thieme, Stuttgart, 1967

26. SCHULTE, W., u. R. TÖLLE: Zerebrale Gefäßsklerose und Hirninvolution. in: G. SCHETTLER: Alterskrankheiten. Georg Thieme, Stuttgart, 1966

27. STERN, F.: zit. nach W. ZEH (s. Nr. 34)

28. VIEFHUES, H.: Die Alterspsychosen aus der Sicht des Anstalts- und Fürsorgearztes. Ref. Zbl. Neurol. 144 (1958): 1o

29. WEISE, H., u. J. MÜLLER: Über die Entstehung, Therapie und Rehabilitation der Involutionsdepressionen. Wien. Z. Nervenheilk. 25 (1967): 84

3o. WEITBRECHT, H.J.: Endogene Psychosen. in: Grundriß der Psychiatrie. S. 286. Springer-Verlag, Berlin-Göttingen-Heidelberg, 1968

31. WEITBRECHT, H.J.: Zur Typologie depressiver Psychosen. Fortschr. Neurol. Psychiat. 2o, (1952): 247

32. WEITBRECHT, H.J.: Zyklothymie. Fortschr. Neurol. Psychiat. 17, (1969): 437

33. WERNER, W.: Über 84 Selbstmordversuche. Med. Diss., Homburg-Saar, 1965

34. ZEH, W.: Altersverfärbung zyklothymer Phasen. Nervenarzt 28, (1957): 542

Herrn Professor Dr.med. H.-H. MEYER,
Direktor der Universitäts-Nervenklinik,
danke ich aufrichtig für die Überlassung
des Themas und die Genehmigung, in
Bibliothek und Archiv der Klinik uneinge-
schränkt arbeiten zu können.

Herzlichen Dank auch Herrn Dr.med. W.WERNER,
Leitender Oberarzt der Universitäts-Nervenklinik,
für die Ratschläge und Unterstützung bei der
Durchführung der Arbeit.

LEBENSLAUF

Am 31. Juli 1945 wurde ich als Sohn der Eheleute Heinrich August Riotte und seiner Gattin Anne Marie Riotte, geb. Weisenstein in Friedrichsthal/Saar geboren. Dort besuchte ich auch von Herbst 1951 bis 1956 die katholische Volksschule. 1954 starb mein Vater an den anerkannten Folgen seiner Kriegsverletzung. Von 1956 bis 1959 war ich Schüler des "Collegium Heiligenborn" in Bous/Saar. Anschließend besuchte ich bis zur Reifeprüfung im März 1966 das staatliche Realgymnasium in St. Ingbert/Saar; während dieser Zeit war ich überwiegend im Internat "St. Fidelishaus" in St. Ingbert.

1966 Begann ich das Studium der Medizin an der Universität des Saarlandes und bestand 1968 die ärztliche Vorprüfung. Nach dem ersten klinischen Semester wechselte ich an die Universität in Würzburg, wo ich 2 Semester lang studierte. Anschließend kehrte ich wieder an die Universität des Saarlandes zurück und legte im Dezember 1971 das Medizinische Staatsexamen ab.